



Instituto Superior de Ciências Educativas

Departamento de Educação Especial

**O Programa Son-Rise na Intervenção com a Síndrome de
Asperger**

Paulo Filipe dos Anjos Duarte

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor

Orientadora:

Professora Doutora Maria Manuel Nunes, ISCE

Outubro, 2016

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho não teria sido possível sem a excelente colaboração e total disponibilidade prestada **pela Mãe, pelo Pai, pelos Técnicos e pelo Miguel**. Foram todos bastante acessíveis e compreensivos, na medida em que me forneceram as informações necessárias, que foram de extrema importância para a elaboração deste.

Pelo apoio, disponibilidade, rigor e orientação prestada, deixo aqui umas palavras de estima e consideração à minha orientadora de Mestrado, **Professora Doutora Maria Manuel Nunes**.

Com um carinho especial, quero também agradecer a um conjunto de amigos e familiares que percorreram este caminho a meu lado e que graças a eles foi possível realizá-lo, passando a citar:

- Ao meu grande amigo **João Espírito Santo**, pelo apoio e positividade que me passou ao longo de todo este processo.
- À minha **avó Laura**, pelas palavras e ajuda que me facultou.
- À minha querida **mãe Rosa**, pelo apoio, força e incentivo que me transmitiu.
- À minha **filha Joana**, pela falta de tempo e de disponibilidade que tive para lhe dedicar.
- Em especial à minha **prezada e amada mulher**, pelo apoio, afeto, carinho, compreensão, paciência e energia incondicional que me proporcionou. Para ti meu amor, não existem definitivamente palavras para descrever o enorme pilar que foste ao longo desta longa etapa.

A todos, do fundo do meu
coração o meu muito obrigado.

RESUMO

Este trabalho é relativo ao Mestrado em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor e tem como título “O Programa Son-Rise na Intervenção com a Síndrome de Asperger”. O problema deste trabalho surge com a necessidade de estudar o efeito que o Programa Son-Rise tem em crianças com esta patologia, mas também pretende verificar se existe benefícios quando aplicado nas mesmas.

O presente estudo teve como objetivo geral estudar / analisar as alterações nos comportamentos relacionais de sujeitos com a Síndrome de Asperger após a aplicação do programa Son-Rise com Técnicos e Pais e como objetivos específicos desenvolver o Contacto Visual e a Comunicação Não Verbal, a Comunicação Verbal, um Período de Atenção Interativa (inclusão de outra pessoa) e a Flexibilidade.

Com base no problema elaborado e nos objetivos definidos, levantou-se a seguinte questão de investigação: - *Será que se observam diferenças nos comportamentos relacionais de sujeitos com Síndrome de Asperger, após a aplicação do Programa Son-Rise, entre Pais e Técnicos?*

É de salientar que o tipo de estudo utilizado nesta investigação será um estudo de caso longitudinal, ou seja, ao longo de 2 anos, baseado no modelo experimental clínico – Investigação ação, que tem por base analisar o efeito do programa de intervenção apenas num sujeito.

Como instrumentos de estudo foram utilizados o Programa Son-Rise, as filmagens das sessões de trabalho dos pais e dos técnicos e a análise de conteúdo das filmagens das sessões. Foi efetuado também para melhor rigor de análise de conteúdo um acordo de investigadores.

Como conclusão, poder-se-á afirmar que ao longo desta investigação existiram mais evoluções comportamentais técnicas do que com os pais. Esta situação deve-se ao facto da relação de proximidade afetiva e de referência ser maior com os pais do que com os técnicos, logo os comportamentos já se encontram adquiridos com os pais, porque o grau de confiança também é maior. Esta ideia é também confirmada pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV] (2012) que defende que a vinculação afetiva existente entre pais e filhos é normalmente intensa. Ainda na mesma linha de pensamento Moradei e Souto (2013) afirmam que uma criança precisa de se vincular a figuras de afeto para que se desenvolva mais rapidamente.

Palavras-chave: Transtornos do Espectro Autista; Síndrome de Asperger; Programa Son-Rise.

ABSTRACT

This work is related to the Master in Special Education - Cognitive and Motor Domain and is entitled "The Son-Rise Program in Intervention with Asperger's Syndrome". The problem of this work arises with the need to study the effect that the Son-Rise Program has on children with this pathology, but also seeks to verify if there are benefits when applied in them.

The present study had as general objective to study / analyze the changes in the relational behaviors of subjects with Asperger's Syndrome after the application of the Son-Rise program with Technicians and Parents and as specific objectives to develop the Visual Contact and Non-Verbal Communication, Communication Verbal, a Period of Interactive Attention (including another person) and Flexibility.

Based on the elaborated problem and the defined objectives, the following research question was raised: - Are there differences in the relational behavior of subjects with Asperger's Syndrome after the application of the Son-Rise Program between Parents and Technicians?

It should be noted that the type of study used in this investigation will be a longitudinal case study, ie over 2 years, based on the experimental clinical model - Research action, which is based on analyzing the effect of the intervention program only on a subject.

The Son-Rise Program, the filming of the work sessions of the parents and the technicians, and the analysis of the content of the sessions filming were used as study instruments. An agreement of researchers was also carried out for better rigor of content analysis.

As a conclusion, it can be stated that during this investigation there were more technical behavioral evolutions than with the parents. This situation is due to the fact that the relationship of affective and reference proximity is greater with the parents than with the technicians, so the behaviors are already acquired with the parents, because the degree of trust is also greater. This idea is also confirmed by the Portuguese Association for Victim Support (APAV) (2012), which argues that the affective bond between parents and children is normally intense. Still in the same line of thought Moradei and Souto (2013) affirm that a child needs to bond with affection figures so that it develops more quickly.

Keywords: Autism Spectrum Disorders; Asperger's syndrome; Son-Rise Program.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

PEA – Perturbações do Espectro Autismo

TEA – Transtorno do Espectro Autista

SA – Síndrome de Asperger

APA- *American Psychiatric Association* (Associação Americana de Psiquiatria)

DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

APSA – Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger

FPA – Federação Portuguesa de Autismo

RBTC – Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças

PHDA – Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção

PEI – Programa Educativo Individual

TEACCH – *Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children* (Tratamento e Educação de Autistas e de crianças com deficits de Comunicação)

ABA – *Applied Behavior Analysis* (Análise do Comportamento Aplicada)

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

RBGI - Revista Brasileira Guia Infantil

OAR – *Organization for Autism Research* (Organização de Pesquisa para o Autismo)

DGIDC – Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

NINDS - *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (Instituto Nacional de Distúrbios Neurológicos e Derrame)

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APTIFARMA – Associação Portuguesa de Indústria Farmacêutica

DGIDC – Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular

ITPAC – Instituto Tocantinense Presidente António Carlos

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	II
RESUMO.....	III
ABSTRACT	IV
ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	V
ÍNDICE	VI
ÍNDICE DE QUADROS.....	IX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XII
ÍNDICE DE APÊNDICES	XIII
INTRODUÇÃO.....	1
FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	3
1. Transtornos do Espectro Autista	3
1.1. Abordagem Histórica.....	3
1.2. Caracterização.....	5
1.3. Sinais de alerta	6
2. Síndrome de Asperger	8
2.1. Definição e Caracterização	8
2.1.1. sinais de alerta.....	10
2.1.2. tiques motores simples e complexos.....	10
2.2. Etiologia e Diagnóstico.....	12
2.2.1. incidência e prevalência.....	19
2.3. Intervenção	20
2.3.1. tratamentos e terapêuticas.....	20
2.3.2. orientações educativas para professores / educadores.....	22
3. Programa SON-RISE	24

3.1. História.....	24
3.2. Aplicação	25
3.3. Princípios Orientadores.....	26
4. Outros Métodos	28
4.1. Método ABA.....	28
4.2. Método TEACCH	29
5. Objeto de Estudo	31
5.1. Enunciação do Problema	31
5.2. Objetivos do Estudo	32
5.2.1. objetivos gerais.....	32
5.2.2. objetivos específicos.....	32
5.3. Questões de Investigação.....	33
5.4. Relevância do Estudo	33
MÉTODO.....	35
1. Plano de Investigação.....	35
2. Participantes	36
2.1. Definição e Seleção dos Sujeitos	36
2.2. Caracterização dos Sujeitos	36
2.2.1. caracterização da família / meio envolvente.....	36
2.2.2. caracterização da escola / turma.....	37
2.2.3. caracterização do sujeito.....	37
3. Medidas	38
3.1. Definição e Caracterização das Variáveis.....	38
3.2. Fundamentação dos Sistemas de Análise.....	39
4. Procedimentos.....	43
5. Tratamento dos Dados	44
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	45

1. Apresentação dos resultados.....	45
2. Interpretação e discussão dos resultados	62
CONCLUSÕES.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	81
APÊNDICES	93

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Identificação dos tiques motores e vocais simples e complexos na Síndrome de Asperger	11
Quadro 2 – Níveis de gravidade para Transtorno do Espectro Autista	16
Quadro 3 – Dimensões, Itens e Parâmetros de Comportamentos Adaptativos	40
Quadro 4 – Função do Contacto Visual ponto 1 na Avaliação Técnica	46
Quadro 5 – Função do Contacto Visual ponto 2 na Avaliação Técnica	46
Quadro 6 – Expressões Partilhadas ponto 1 na Avaliação Técnica	47
Quadro 7 – Expressões Partilhadas ponto 2 na Avaliação Técnica	47
Quadro 8 – Expressões Partilhadas ponto 3 na Avaliação Técnica	47
Quadro 9 – Comunicação Não Verbal ponto 2 na Avaliação Técnica	48
Quadro 10 – Comunicação Não Verbal ponto 3 na Avaliação Técnica	48
Quadro 11 – Comunicação Não Verbal ponto 4 na Avaliação Técnica	48
Quadro 12 – Comunicação Não Verbal ponto 5 na Avaliação Técnica	49
Quadro 13 – Função do Contacto Visual ponto 4 na Avaliação Pais.....	49
Quadro 14 – Expressões Partilhadas ponto 2 na Avaliação Pais	50
Quadro 15 – Evolução Comportamental no Contacto Visual e Comunicação Não Verbal na Avaliação dos Técnicos e Pais.....	51
Quadro 16 – Conteúdo da Conversa ponto 5 na Avaliação Técnicos	52
Quadro 17 – Conteúdo da Conversa ponto 6 na Avaliação Técnicos	52
Quadro 18 – Conteúdo da Conversa ponto 7 na Avaliação Técnicos	53
Quadro 19 – Conteúdo da Conversa ponto 8 na Avaliação Pais.....	54
Quadro 20 – Evolução Comportamental na Comunicação Verbal na Avaliação dos Técnicos e Pais	55
Quadro 21 – Tipos de Atividades ponto 1 na Avaliação Técnicos.....	56
Quadro 22 – Tipos de Atividades ponto 3 na Avaliação Técnicos.....	57
Quadro 23 – Tipos de Atividades ponto 5 na Avaliação Técnicos.....	57
Quadro 24 – Tipos de Atividades ponto 4 na Avaliação Pais	58

Quadro 25 – Evolução Comportamental no Período de Atenção Interativa na Avaliação dos Técnicos e Pais.....	58
Quadro 26 – Flexibilidade ponto 4 na Avaliação Técnicos	59
Quadro 27 – Flexibilidade ponto 3 na Avaliação Pais	60
Quadro 28 – Evolução Comportamental na Flexibilidade na Avaliação dos Técnicos e Pais	61
Quadro 29 – Evolução Comportamental Total na Avaliação dos Técnicos e Pais.....	61
Quadro 30 – Dados referentes ao inventário de comportamentos adaptativos na Evolução Comportamental	67
Quadro 31 – Dados referentes ao inventário de comportamentos adaptativos no Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	68
Quadro 32 – Dados referentes ao inventário de comportamentos adaptativos na Comunicação Verbal.....	69
Quadro 33 – Dados referentes ao inventário de comportamentos adaptativos no Período de Atenção Interativa	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores que podem desencadear perturbações na Síndrome de Asperger	13
Figura 2 – Modelo de Desenvolvimento do Programa Son-Rise	27
Figura 3 - Evolução Comportamental no Contacto Visual e Comunicação Não Verbal na Avaliação dos Técnicos e Pais	51
Figura 4 - Evolução Comportamental na Comunicação Verbal na Avaliação dos Técnicos e Pais	56
Figura 5 - Evolução Comportamental no Período de Atenção Interativa na Avaliação dos Técnicos e Pais	59
Figura 6 - Evolução Comportamental na Flexibilidade na Avaliação dos Técnicos e dos Pais	61
Figura 7 - Evolução Comportamental Total na Avaliação dos Técnicos e Pais	62

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A: Inventário de Comportamentos Adaptativos.....	82
ANEXO B: Preenchimento do Inventário de Comportamentos Adaptativos aplicado pelo Voluntário 1 - Início dos 8 anos.....	85
ANEXO C: Preenchimento do Inventário de Comportamentos Adaptativos aplicado pelo Voluntário 1 - Final dos 10 anos	87
ANEXO D: Preenchimento do Inventário de Comportamentos Adaptativos aplicado pela Mãe - Início dos 8 anos.....	89
ANEXO E: Preenchimento do Inventário de Comportamentos Adaptativos aplicado pela Mãe - Final dos 10 anos	91

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE A: Autorização do(s) Encarregado(s) de Educação	94
APÊNDICE B: Grelha de Comportamentos Adaptativos	95

INTRODUÇÃO

“Se tratarmos as pessoas como elas devem ser, ajudamo-las a tornarem-se o que elas são capazes de ser....”

(Coelho, 2014, citado por Goethe, p. 6)

Este trabalho insere-se no âmbito da dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor, orientado pela professora Doutora Maria Manuel Nunes e tem como título “O Programa Son-Rise na Intervenção com a Síndrome de Asperger”.

Este estudo passa por uma investigação aprofundada, através de um estudo de caso longitudinal, estudo esse onde a criança em causa irá ser submetida à aplicação do programa durante um período de dois anos. É baseado no modelo experimental clínico – investigação ação onde se pretende analisar, avaliando e comparando resultados das sessões de trabalho efetuadas com uma criança com Síndrome de Asperger com técnicos e pais. A análise dos dados passará por retirar e tratar toda a informação necessária e pertinente que foi evidenciada para o efeito através do Inventário de Comportamentos Adaptativos (relacionais e comunicativos) baseado nas diretrizes do Programa Son-Rise em sujeitos com Síndrome de Asperger (Adaptado do The Son-Rise Program, Hogan, 2007), passando-a de seguida para quadros de tratamento de dupla entrada, categorizados segundo as dimensões, itens, parâmetros e classificadores, bem como datas das observações com pais e com técnicos, que irão auxiliar posteriormente na interpretação dos resultados, bem como nas conclusões definitivas.

No que diz respeito à estrutura / organização do trabalho, este é constituído por uma parte de revisão de literatura com fundamentação para justificação do referido problema, que passa pelos principais itens, sendo de destacar os Transtornos do Espectro Autista (atualmente designados conforme afirma a *American Psychiatric Association* [APA] - (DSM V, 2013)), denominados segundo Santos (2013) um conjunto de aspetos do neurodesenvolvimento, mas com uma gravidade e expressão variáveis e considerados de acordo com a Federação Portuguesa de Autismo [FPA] (2015, citado por APA, 2013) um síndrome neurocomportamental com origens em perturbações do sistema nervoso central que afeta o desenvolvimento da criança. A Síndrome de Asperger, a qual foi incluída pela mesma associação como sendo uma forma de autismo, uma condição que

afeta o modo como uma pessoa comunica e se relaciona com os outros, que se relaciona com problemas de comunicação verbal e não-verbal, dando origem a alterações ao nível da linguagem (Santos, 2009) e que na perspectiva de Cumine, Leach e Stevenson (2006), é designada como uma forma autismo ligeira. O Programa Son-Rise que é um método eficaz no tratamento de autistas (Souza *et al*, 2014, citado ITPAC, 2014), que segundo a perspectiva de Cardoso (2014) permite que exista uma relação mais próxima entre as pessoas que o praticam e favorece o desenvolvimento cognitivo, físico, motor e intelectual da criança autista Campos (2013), assim como outros Métodos de intervenção que são igualmente importantes no tratamento de pessoas com este tipo de patologias, sendo disso exemplo o ABA e o TEACCH. O Objeto de Estudo que tem um papel fundamental nesta investigação na medida em que é aqui o ponto de partida para a criação do problema e respetiva questão de investigação, bem como o Método utilizado que define muito bem o plano de investigação, as medidas e procedimentos a ter em conta, a Apresentação e Discussão dos Resultados que são o ponto de partida para a recolha de Conclusões necessárias para o termo deste estudo. Além do que foi referido anteriormente, as Referências Bibliográficas, os Anexos e os Apêndices são pontos importantes que complementam este trabalho, na medida em que são uma mais valia na consulta de informações pertinentes para futuras investigações.

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

“O problema tem cinco funções básicas numa investigação: organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência; delimita-o, mostrando as suas fronteiras; focaliza o investigador para a problemática do estudo; fornece um referencial para a redação do projeto e aponta os dados que será necessário obter.”

(Sousa e Baptista, 2011, p.21)

1. Transtornos do Espectro Autista

“Seria sua diferença e singularidade que o afastaria do mundo e dos outros. Dito de outro modo, mais do que seu silêncio e de sua mais profunda reclusão e afastamento, o que mais causa ao outro medo e horror não é senão encontrar-se diante de um semelhante tão estranhamente diferente.”

(Durante, 2016, Citado por Cau, 2006, p.69)

1.1. Abordagem Histórica

Pela primeira vez em 1908, Eugene Bleuler usa o termo “autismo” descrevendo-o como sendo um comportamento utilizado por determinadas vítimas de esquizofrenia que se isolavam socialmente, como se estivessem fora da realidade (Fred Volkmar, 2015).

Em 1943, Leo Kanner, confirma que as principais características desta patologia eram as dificuldades de se relacionarem com outras pessoas, o atraso na aquisição e no uso da linguagem e a obsessão por rotinas, atividades e interesses repetitivos (Gomes, 2013, citado por Coll *et al.* 1995, Fávero e Vieira, 2007, Hewitt, 2006, Klin, 2006).

Posteriormente em 1944, Hans Asperger sem qualquer conhecimento da investigação de Kanner, observou que o padrão de comportamento e habilidades acontecia preferencialmente em meninos, que apresentavam deficiências sociais graves. Asperger chamava-os de pequenos professores, devido à habilidade de discorrer sobre um tema de maneira detalhada. A Síndrome de Asperger deve-se essencialmente a este psiquiatra e pesquisador (Gomes, 2013, citado por Pereira, 1996).

A Associação Americana de Psiquiatria – DSM-I em 1952, publica a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, fornecendo uma terminologia e critérios padrão para o diagnóstico de transtorno mental. Neste manual os sintomas autísticos semelhantes eram classificados como um subgrupo da esquizofrenia infantil (Fred Volkmar, 2015).

No início dos anos 60, o autismo foi considerado um transtorno cerebral presente desde a infância e encontrado em todos os países e grupos socioeconômicos e étnico-raciais (Fred Volkmar, 2015).

A Classificação Internacional de Doenças [CID], designa em 1967 o autismo como um estado de patologia infantil, classificado como um tipo de esquizofrenia, como uma psicose da infância, onde existia uma descrição da doença, mas não critérios de diagnóstico (Gomes A. , 2013, citado por Coll et al., 1995; Frith, 1999; Pereira, 1996).

Em 1968, a Associação Americana de Psiquiatria – DSM-II publica a segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, que refletia a predominância da psicodinâmica psiquiátrica. “Sintomas não eram especificados com detalhes em determinadas desordens. Eram vistos como reflexos de grandes conflitos subjacentes ou reações de má adaptação aos problemas da vida, enraizados numa distinção entre neurose e psicose” (Fred Volkmar, 2015).

A designação de Autismo Infantil é apresentada em 1974 pela CID, considerando um distúrbio comportamental da infância, mas sem critérios de diagnóstico (Gomes A. , 2013, citado por Coll et al., 1995; Frith, 1999; Pereira, 1996).

Em 1978, Michael Rutter classifica o autismo com base em quatro critérios, criando um marco divisor na compreensão desse transtorno mental (Fred Volkmar, 2015).

As investigadoras Lorna Wing e Judith Gould em 1979, após uma árdua investigação definiram o autismo enquanto síndrome (Paiva, 2012, citado por Hewitt, 2010), passando a abranger todas as manifestações diagnosticadas com autismo: Autismo Clássico, Síndrome de Asperger, Perturbação Desintegrativa da Infância, Autismo Atípico e Traços de Autismo (Gomes A. , 2013, citado por Coll et al., 1995).

Na década de 80, o autismo é reconhecido como patologia através da Associação Americana de Psiquiatria – DSM-III que publica a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, com a designação de Distúrbio do Espectro Autista (Gomes A. , 2013, citado por Klin, 2006).

Em 1994, o autismo passou a referir-se como uma Perturbação Global do Desenvolvimento através da Associação Americana de Psiquiatria – DSM-IV que publica a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais acrescentando novos transtornos a esta síndrome, prolongando o período do aparecimento dos primeiros sintomas para os 36 meses, afastando-o por completo das psicoses, mas mantendo os mesmos critérios de diagnóstico. (Gomes A. , 2013, citado por APA, 1996, Fávero & Vieira, 2007). A Síndrome de Asperger é adicionada ao DSM, ampliando o espectro do autismo. O DSM-IV-TR foi acompanhado de textos atualizados sobre autismo e síndrome de Asperger. Os critérios diagnósticos permaneceram os mesmos que os do DSM-IV (Fred Volkmar, 2015).

Finalmente em 2013 a Associação Americana de Psiquiatria – DSM-V publica a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais sendo os subtipos dos transtornos do espectro do autismo eliminados. Os indivíduos são agora diagnosticados em um único espectro com diferentes níveis de gravidade. As Perturbações do Espectro Autista passam a ser denominadas por Transtorno do Espectro Autista – TEA. A Síndrome de Asperger não é mais considerada uma condição separada e o diagnóstico para autismo passa a ser definido em duas categorias: alteração da comunicação social e pela presença de comportamentos repetitivos e estereotipados (Fred Volkmar, 2015).

1.2. Caracterização

Segundo (Barthélémy *et al*, 2008) no documento Autism-Europe, “o conceito de Perturbações do Espectro Autismo (PEA) não inclui a Perturbação de Rett, mas inclui a Perturbação Autista, a Perturbação de Asperger, a Perturbação Desintegrativa da infância e a Perturbação Global de Desenvolvimento - o Autismo Atípico” (p.7).

“As PEA são a denominação escolhida para um conjunto de aspetos do neurodesenvolvimento, embora com uma gravidade e expressão variáveis” (Santos, 2013, p.75).

De acordo com a Federação Portuguesa de Autismo (2015, citado por APA, 2013) as Perturbações do Espectro Autismo são um síndrome neurocomportamental com origens em perturbações do sistema nervoso central que afeta o normal desenvolvimento da criança.

A FPA (2015) menciona ainda que todos os casos de PEA até 2013 nas classificações anteriores eram considerados três grupos para diagnóstico clínico: as Perturbações na

Comunicação, as Perturbações na Interação Social Recíproca e os Interesses Restritos e Comportamentos Repetitivos.

A Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (2014, citado por DSM-5, 2013) designa que “os Transtornos Globais de Desenvolvimento, que incluíam o Autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett foram absorvidos por um único diagnóstico, Transtornos do Espectro Autista” (http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007).

A Federação Portuguesa de Autismo (2015) designa que até 2013 as Perturbações do Espectro do Autismo eram classificadas segundo três grupos de critérios para diagnóstico clínico, as Perturbações na Comunicação, as Perturbações na Interação Social Recíproca e os Interesses restritos e comportamentos repetitivos.

Ainda na mesma linha de pensamento a FPA (2015, citado por DSM-V, 2013), designa que após 2013, as Perturbações do Espectro Autismo foram alteradas para apenas dois grupos de critérios, passando a citar:

A. Deficits persistentes na comunicação social e na interação social, em contextos múltiplos.

Nestes critérios estão incluídas a comunicação verbal e não-verbal, a partilha de emoções. Estes deficits podem manifestar-se com maior ou menor intensidade.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Nestes critérios estão incluídas as rotinas obsessivas, a híper ou hipo sensibilidade sensorial, entre outros comportamentos (<http://www.fpda.pt/autismo>).

1.3. Sinais de alerta

Os profissionais que lidam diariamente com crianças devem estar atentos a todos os indicadores, que revelem sinais de um quadro de TEA, como por exemplo: a criança não responder a um chamamento, que pouco ou nada comunica, que não expressa um sorriso e que se aplica de uma forma insistente e repetitiva aos seus interesses. As que apresentam sintomas de grau mais ligeiro, serão mais difíceis de identificar, sobretudo numa fase precoce.

Seguidamente serão apresentados os sintomas tal como se podem manifestar nas principais fases de desenvolvimento – nos primeiros 2 anos de vida, na idade pré-escolar, em idade escolar e em adolescentes, e que poderão segundo Santos (2013) fazer suspeitar de um quadro de TEA.

Segundo Santos (2013) os sinais precoces podem ser identificados através dos seguintes pontos:

Pouco ou sem contacto ocular; Não responde ao nome aos 12 meses; Não palra aos 12 meses; Não faz gestos ou aponta aos 12 meses; Não diz palavras isoladas aos 16 meses; Tem QUALQUER perda de QUALQUER competência de linguagem ou social em QUALQUER idade (p.76).

Segundo Santos (2013) os sinais de alerta em crianças pré-escolares podem ser identificados através dos seguintes pontos:

Atraso na linguagem ou desenvolvimento atípico (primeiras palavras invulgares); Voz monótona ou estranha; Ecolalia (repetição de sons repetitivamente); Refere-se a si como «tu ou ele» após os 3 anos; Usa pouco a linguagem para comunicar; Contacto ocular escasso; Sorriso social limitado; Reage pouco aos sentimentos das outras pessoas; Rejeita o toque ou afagos; Falta de atenção conjunta; Dificuldade em partilhar; Não imita; Brincadeiras de faz-de-conta pouco variadas; Movimentos repetitivos (com as mãos, rodopiar, balanceio); Brincar muito repetitivo e/ou estereotipado (alinhar carrinhos); Hiper ou hipossensibilidade a estímulos sensoriais (texturas, sons, cheiros, paladares); Intolerância à mudança ou a situações novas; Absorvido nos seus interesses (mundo próprio) (p.77).

Segundo Santos (2013) os sinais de alerta em crianças com idade escolar podem ser identificados através dos seguintes pontos:

Reações limitadas ou invulgares às emoções dos outros; Relutância para cumprimentar ou despedir-se; Conversa pouco ou excessivamente; Pouca flexibilidade no jogo imaginativo; Pouco interesse em crianças da sua idade; Dificuldade para partilhar nas brincadeiras, aceitar as ideias dos outros, ou formas inadequadas de brincar (agressivas ou incomodativas); Comportamento social inadequado (diz coisas que podem ofender); Falta de prazer em situações que a maior partes das crianças gosta (passeios escolares, festa de aniversário); Interesses invulgares intensos ou repetitivos, difíceis de interromper; Problemas de cooperação na escola por se perder no seu «mundo» ou por falta de iniciativa (não tira o material da pasta); Fraca regulação emocional (choro frequente) (p.78).

Segundo Santos (2013) os sinais de alerta em adolescentes podem ser identificados através dos seguintes pontos:

Dificuldades persistentes na interação social; Peculiaridades da fala como tom monótono ou estranho, ou do volume: Não adapta o estilo de comunicação às situações sociais (demasiado formal ou excessivamente familiar); Interpreta à letra e não consegue compreender a ironia ou metáforas; Faz comentários sem consciência das delicadezas

sociais e/ou hierarquias; Dificuldade em fazer amizades, embora o desejo (pode ter mais facilidade com adultos ou crianças mais novas); Isolamento social; Pouco consciente ou desinteressado do que agrada aos jovens da sua idade; Prefere atividades solitárias (p.80).

2. Síndrome de Asperger

“A natureza destas crianças revela-se mais claramente no seu comportamento para com as outras pessoas. Na verdade, o seu comportamento no grupo social é o sinal mais claro da sua perturbação.”

(Attwood, 2010, citado por Asperger, 1991, p. 73)

2.1. Definição e Caracterização

A designação para Síndrome, tem a ver essencialmente com o conjunto de sinais e sintomas que caracterizam determinada condição ou situação (Portuguesa, 2015).

A SA é caracterizada por dificuldades acentuadas ao nível da interação social e comunicação não-verbal, e também por um conjunto de comportamentos e interesses restritos. É diferente de outras patologias do espectro autista pelo desenvolvimento típico da linguagem e cognição (Wikipédia, 2015).

A SA está relacionada com problemas de comunicação verbal e não-verbal, dando origem a alterações ao nível da linguagem (Santos, 2009).

Para Teixeira (2005), a Síndrome de Asperger é uma desordem pouco comum, contudo importante na prevenção do processo psicológico de crianças, que tardiamente é diagnosticado devido à falta de conhecimento por parte dos profissionais, nomeadamente dos professores e educadores.

A SA caracteriza-se segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], por perturbações na interação social, bem como interesses e comportamentos limitados, como foi visto no autismo. No entanto, existe um atraso significativo na linguagem, no desenvolvimento cognitivo, nas habilidades de autocuidado e na curiosidade sobre o ambiente. Interesses restritos, o falar sozinho e a falta de coordenação motora, são aspetos fundamentais para a identificação deste tipo de pessoas (ABP, 2006).

Na perspetiva de Cumine, Leach e Stevenson (2006), designam a SA como uma forma ligeira de autismo, afeta todos os aspetos da vida de uma criança e as abordagens em termos de intervenção e do tratamento das crianças no espectro do autismo partilham a mesma base.

A Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger [APSA] define que a SA está inserida nas perturbações do espectro autista e essencialmente é considerada como sendo de origem genética. Sendo uma patologia, particularmente, de funcionamento cerebral particular, não existe, ainda, marcador biológico, pelo que o diagnóstico incide num conjunto de critérios comportamentais. Verifica-se sempre que existirem casos de alterações na interação social, na comunicação e no comportamento, sobretudo (APSA, 2013).

No seguimento da ideia assinalada no folheto da APSA, a Síndrome de Asperger quer sejam crianças, jovens ou adultos é identificada entre as características mais comuns, as seguintes “Dificuldade na interação social; Dificuldade na comunicação verbal e não-verbal; Interpretação literal da linguagem; Dificuldade na empatia; Comportamentos rotineiros ou repetitivos; Interesses limitados; Peculiaridades do discurso e da linguagem; Hipersensibilidade aos estímulos sensoriais; Descoordenação motora” (APSA, 2013, p.2).

De acordo com Attwood (2010), as crianças com SA têm as seguintes características:

Atraso na maturidade e raciocínio social; Empatia imatura; Dificuldade em fazer amigos e gozadas muitas vezes por outras crianças; Dificuldade com a comunicação e com o controlo das emoções; Capacidades de linguagem invulgaes, que incluem vocabulário e sintaxe avançados, mas capacidades de conversação retardadas, prosódia invulgar e tendência para ser pedante; Fascínio por um tópico que é invulgar em intensidade ou foco; Dificuldade em manter a atenção na aula; Perfil invulgar de capacidades de aprendizagem; Necessidade de ajuda com algumas capacidades de auto-ajuda e de organização; Desajeitamento no andar e na coordenação; Sensibilidade a específicos sons, aromas, texturas ou experiências táteis (p.44).

Segundo Speaks (2010), a *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* [NINDS] considera a Síndrome de Asperger uma desordem do desenvolvimento que se caracteriza por:

Rotinas repetitivas ou rituais; Peculiaridades na fala e linguagem, tais como falar de forma excessivamente formal ou de forma monótona, ou usando literalmente, figuras de expressão; Comportamento social e emocional inadequados e a incapacidade de interagir de forma bem sucedida com os colegas; Problemas com a comunicação não-verbal,

incluindo o uso restrito de gesticulações, expressões faciais limitadas ou inadequadas ou um peculiar, olhar fixo; Falta de jeito e movimentos motores descoordenados (p.8).

2.1.1. sinais de alerta.

A APSA considera ser imprescindível ter em consideração alguns sinais que podem constituir alerta para casos de SA:

Atraso significativo na linguagem; Linguagem ou comunicação, verbal ou não verbal, pobres; Linguagem pedante, características peculiares no ritmo e entoação, prosódia e ecolalias; Interpretação literal dos enunciados; Dificuldade no pensamento abstrato e dos conceitos; Dificuldade do relacionamento social, designadamente na interação com os seus pares; Dificuldade nas regras sociais; Dificuldade em entender e expressar emoções; Comportamentos sociais e emocionais desajustados; Jogo simbólico e atividade imaginativa pobres ou inexistentes; Interesses limitados, mas intensos; Obsessão por determinados temas; Comportamentos repetitivos ou rotineiros; Dificuldade na adaptação a alterações repentinas das rotinas; Resistência à mudança; Atitudes consideradas bizarras e excêntricas; Atraso no desenvolvimento motor ou falta de coordenação motora; Dificuldade na motricidade fina; Hipersensibilidade sensorial a ruídos, cheiros, sabores, texturas, luzes, etc; Baixo nível de tolerância à frustração (2013, p.4).

2.1.2. tiques motores simples e complexos.

“Cerca de 20 a 60 por cento de crianças com SA desenvolvem tiques. Estes tiques são movimentos involuntários e convulsivos dos músculos, que podem ser breves ou mais complexos” (Attwood, 2010, citado por Kerbeshian e Burd, 1986; Swerd, 1991; Marriage, 1993; Nass e Gutman, 1997; Hippler e Klicpera, 2004; Gadow e DeVincent; 2005, p.342).

Os primeiros sinais identificáveis numa criança são normalmente na primeira infância. À medida que o tempo vai passando, a frequência e flexibilidade dos tiques aumenta, tornando-se mais significativos os movimentos involuntários entre os 10 e os 12 anos. No final da adolescência, a sua intensidade diminui, com 40 por cento das crianças que desenvolveram tiques a deixarem de os ter completamente aos 18 anos (Attwood, 2010, citado por Burd *et al.*, 2001).

Segundo Attwood (2010, citado por Nass e Gutman, 1997, p.342) “os tiques podem desaparecer quando a criança está concentrada numa atividade e tornam-se mais notórios durante atividades específicas, tais como responder a perguntas de resposta livre”.

Ainda na mesma linha de pensamento Attwood (2010, citado por Nass e Gutman, 1997, p.342) afirmam que “os tiques da criança podem mudar ao longo do tempo, dado que diferentes tipos de tiques vêm e vão e a criança pode estar quase sem tiques durante meses”.

Attwood (2010, citado por Nass e Gutman, 1997, p.342, 343), considera-se que “os movimentos involuntários quando a criança está relaxada, por exemplo quando está sentada e a ver televisão e embora o stress não seja diretamente responsável pelo tique, a frequência dos tiques pode ser maior quando está sob stress”.

“Os tiques têm origem entre o córtex e os centros de movimento do cérebro” (Attwood, 2010, citado por Kutscher, 2005, p.343).

Quadro 1 – Identificação dos tiques motores e vocais simples e complexos na Síndrome de Asperger

Tiques motores simples	Tiques motores complexos
Sacudir os braços	Beliscar (a si próprio ou aos outros) em situações nervosas
Salientar os lábios	Tocar em objetos
Pôr a língua de fora	Saltitar
Encolher os ombros	Barulhos de animais
Tossir	Trejeitos faciais
Assobiar	Abanar ambos os braços, dobrados pelo cotovelo, como asas de pássaro
Pestanejar	Lamber
Latir	Morder os lábios
Acenar com a cabeça	Rodopiar
Torcer o nariz	Falar entre dentes

Contorções faciais	Repetição de palavra ou frase acabada de proferir
--------------------	---

(Attwood, 2010, p.343)

2.2. Etiologia e Diagnóstico

Para Attwood (2010, citado por Hans Asperger, 1944), a principal causa desta Síndrome era de carácter genético.

Segundo a ideia de Cumine, Leach e Stevenson (2006), a SA poderia desenvolver-se através de um conjunto de fatores, ou seja, biológicos, gravidez/parto, neuroquímicos ou neurológicos.

De acordo com FPA (2008), no documento Autism-Europe, a origem da SA é genética e a causa específica só é identificada em 10% dos casos. As técnicas de investigação identificaram como fatores causais pequenas deleções e duplicações, um grande número de loci importantes (localização de um gene num cromossoma) e novas mutações genéticas.

Na perspetiva NINDS (2011, citado por Speaks, 2010), a Síndrome de Asperger “é causada por uma combinação de fatores de risco genéticos que podem interagir com os fatores de risco ambientais” (p. 11).

Para Gomes (2013, citado por Siegel, 2008, p.25) explica que “provavelmente existe uma combinação de fatores – fatores genéticos, bem como outros relacionados com a gravidez e com o parto – que determinam se uma criança específica desenvolve o autismo ou outra Perturbação Global de Desenvolvimento”.

Barthélémy no documento Autism-Europe, declara que “as descobertas, tanto através da neuroimagiologia como da neuroquímica, sugerem uma disfunção precoce da rede cerebral mais do que anomalias primárias e localizadas e a causa específica das PEA é só identificada em 10% dos casos” (2008, p.13).

A APSA (2013), considera ser imprescindível ter em consideração algumas causas que podem constituir casos de SA, são disso exemplo: as biológicas, as ambientais e as genéticas, sendo estas últimas determinantes.

Santos (2013) considera que “hoje estão confirmadas as influências genéticas no aparecimento de PEA, embora não tenha sido responsabilizado um cromossoma único, mas sim vários” (p.82).

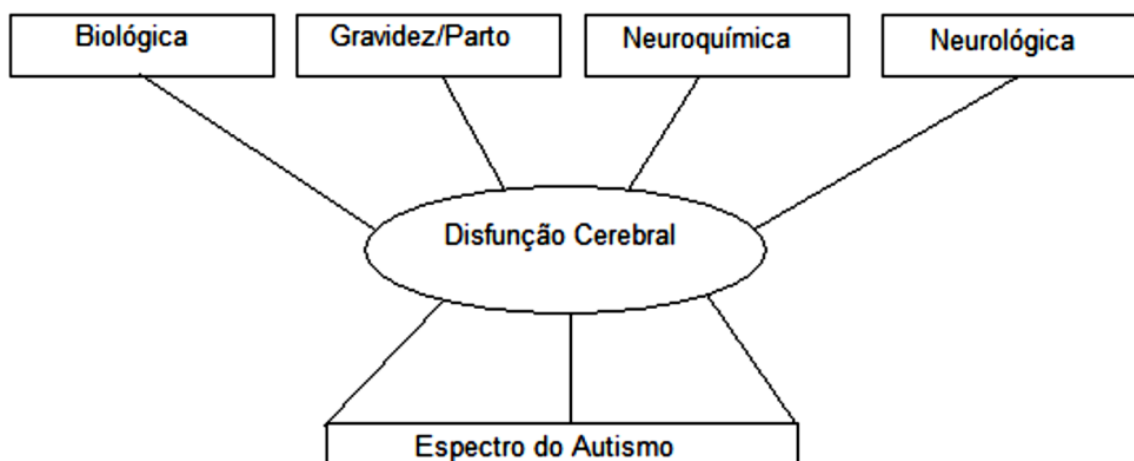


Figura 1 - Fatores que podem desencadear perturbações na Síndrome de Asperger (Cumine et al, 2006, p.11)

Nesta figura estão presentes algumas das causas já faladas para a problemática em questão, isto é, os fatores biológicos, neuroquímicos, neurológicos e gravidez/parto poderão ser causadores de uma disfunção cerebral e esta, por sua vez, estar na origem SA.

De acordo com Fred Volkmar (2015), um amplo estudo com mais de 2 milhões de pessoas, foi realizado na Suécia entre 1982 e 2006 e revela que os fatores ambientais são tão importantes quanto a genética como causa para o autismo. Estes fatores poderiam incluir, o nível socioeconómico da família, complicações no parto, infeções sofridas pela mãe e o uso de drogas antes e durante a gravidez.

A realização do diagnóstico é importante, porque “permite não só a orientação precoce para tratamento, facilita a melhor integração educativa e social da criança, como também para apoio da família, ao permitir-lhe compreender melhor os problemas e reações da criança (Santos, 2013).

Ainda na mesma linha de pensamento existem alguns testes de rastreio que permitem diagnosticar esta patologia, ou seja, para crianças dos 16-30 meses, o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) e para crianças acima dos 4 anos e adolescentes, o *Social Communication Questionnaire* (SCQ), o *Autism Diagnostic Interview – Revised* (ADI-R) e o *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS) (Santos, 2013).

Teixeira (2005, citado por Antunes, 2009) designa que o diagnóstico é realizado através dos sinais de alerta existentes a partir dos 18 meses de idade, sendo eles, o atraso da linguagem, a linguagem idiossincrática, a pouca utilização de gestos com intenção

comunicativa, comportamentos repetitivos, o isolamento, a indiferença à chamada, a pobreza de jogo simbólico e dificuldades alimentares.

No processo de avaliação, é possível que sejam utilizadas escalas de classificação desenvolvidas para utilização com crianças com perturbações no espectro do autismo, entre as quais se incluem, a Entrevista de Diagnóstico do Autismo (ADI), o Plano de Observação do Diagnóstico de Autismo (ADOS) a Escala de Classificação do Autismo na Infância (CARS) e o Perfil Psico-Educacional - Revisto (PEP-R) (Cumine, Leach e Stevenson, 2006),

De acordo com a APA através do DSM-V, os critérios de diagnóstico para a Síndrome de Asperger foram absorvidos por um único diagnóstico, Transtornos do Espectro Autista sendo assinalados da seguinte forma:

- A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia
 - (1) Déficits na reciprocidade socio emocional, variando, por exemplo de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
 - (2) Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contacto visual e linguagem corporal ou deficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
 - (3) Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

Especificar a gravidade atual: **A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos**, como se comprova pelo quadro 2 - *Níveis de gravidade para Transtorno do Espectro Autista*.

- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):
 - (1) Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

- (2) Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
- (3) Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).
- (4) Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

Especificar a gravidade atual: **A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos de comportamento**, como se comprova pelo quadro 2 - *Níveis de gravidade para Transtorno do Espectro Autista*.

- C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades mais tarde na vida).
- D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.
- E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno de desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno de espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Nota: Indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno de autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Indivíduos com deficits de acentuados na comunicação social, sujeitos sintomas, porém, não atendam, de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação a transtorno da comunicação social (pragmática).

Especificar-se:

Com ou sem comprometimento intelectual concomitante

Com ou sem comprometimento linguagem concomitante

Associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental

(Nota para codificação: Usar o código adicional para identificar a condição médica ou genética associada).

Associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental

(Nota para codificação: Usar o código[s] adiciona[is] para identificar o[s] transtorno[s] do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental associado[s].)

Com catatonia (consultar os critérios para definição de catatonia associados a outro transtorno mental, p.119-120) **(Nota para codificação:** usar o código a transtorno do espectro autista para indicar a presença de catatonia comórbida.) (2013, pág. 50, 51).

Quadro 2 - Níveis de gravidade para Transtorno do Espectro Autista

Nível de gravidade	Comunicação Social	Comportamentos restritos e repetitivos
<u>Nível 3</u> “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer as necessidades e reage somente s abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
<u>Nível 2</u> “Exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação a dar início a	Inflexibilidade de comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos

	<p>interações sociais e resposta reduzida ou anormal a abertura sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.</p>	<p>aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador causal e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.</p>
<p><u>Nível 1</u> “Exigindo apoio”</p>	<p>Na ausência de apoio, deficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente mal sucedidas.</p>	<p>Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planeamento são obstáculos à independência.</p>

(ABP, 2013, pág. 52)

De acordo com Attwood (2010, citado por Gilbert, 1991), os critérios de diagnóstico para a SA, são os seguintes:

1. Défice na competência social (egocentrismo extremo) (pelo menos dois dos seguintes)
 - Dificuldades em interagir com os pares
 - Indiferença ao contacto com os pares
 - Dificuldades em interpretar pistas sociais
 - Comportamento inadequado social e emocionalmente
2. Interesse restrito (pelo menos um dos seguintes)
 - Exclusão de outras atividades
 - Adesão repetitiva
 - Mais memorização por repetição do que pelo significado
3. Necessidade compulsiva de adotar rotinas e interesses (pelo menos um dos seguintes)
 - Que afetam todos os aspetos da vida diária do indivíduo
 - Que afetam outros
4. Peculiaridades do discurso e da linguagem (pelo menos três dos seguintes)
 - Atraso do desenvolvimento da fala
 - Linguagem expressiva superficialmente perfeita
 - Linguagem formal pedante
 - Prosódia estranha, características da voz peculiares
 - Défice na compreensão, incluindo interpretações erradas de significados literais / implícitos
5. Problemas na comunicação não-verbal (pelo menos um dos seguintes)
 - Uso limitado de gestos
 - Linguagem corporal desajeitada / acanhada
 - Expressão facial limitada
 - Expressão facial inadequada
 - Olhar rígido, peculiar
6. Desajeitamento motor

Fraco desempenho do exame de neurodesenvolvimento (p.49).

Sendo assim, alguns autores defendem que o diagnóstico deixará de fazer efeito, a partir do momento em que não for útil para a pessoa em causa. Por outro lado, para outros será a solução encontrada para terem acesso a facilidades de tratamento (Santos, 2013).

Para uma melhor intervenção imediata, direta, precisa e eficaz sobre áreas específicas nas quais a criança apresenta dificuldades é importante a realização de um diagnóstico precoce, pois permite estabelecer um acompanhamento adequado e os recursos necessários a que têm direito, de forma a promover ao máximo as suas potencialidades. O diagnóstico é, ainda, importante pois permite diagnosticar outras perturbações do desenvolvimento associadas à SA, como por exemplo hiperatividade e défice de atenção (APSA, 2013).

2.2.1. incidência e prevalência.

O primeiro estudo epidemiológico sobre o autismo revela que o índice de prevalência é de 4,5 em 10.000 crianças entre os 8 e 10 anos (Lotter, 1966).

Os estudos recentemente efetuados comprovam que na América do Norte existiram inquéritos rigorosos que mostraram cerca de 1 em 150 crianças de oito anos de idade, em várias partes dos Estados Unidos tinham um PEA. Estudos epidemiológicos da Europa apontam um número semelhante entre crianças (em 0,9 em 150, ou 60 em 10.000). Cerca de 70% das crianças com uma PEA têm pelo menos uma perturbação psiquiátrica, ou seja, perturbações de ansiedade (42%), perturbações da conduta (30%) e PHDA (28%). Existe, portanto, um risco genético de um irmão poder sofrer de um quadro de PEA, se existir já uma criança com diagnóstico comprovado, cerca de 5 a 10%. AS PEA estão presentes em mais rapazes do que em raparigas (4 para 1) e que ocorrem em todas as classes sociais e em diferentes culturas (Barthélémy, 2008).

Em anos recentes, as frequências relatadas de transtorno do espectro autista, nos Estados Unidos e em outros países, alcançaram 1% da população, com estimativas similares em amostras de crianças e adultos” (APA, 2013).

Segundo Fred Volkmar (2015), o autismo atinge 1% da população mundial, ou seja, 70 milhões de pessoas no mundo, sendo 2 milhões no Brasil.

Ainda na mesma linha de pensamento, o relatório do Centro de Controle e Prevenção de Doenças – CDC em 2014, identificou que 1 em 68 crianças (1 em cada 42 meninos e 1 em cada 189 meninas) sofrem de Transtorno do Espectro Autista (Fred Volkmar, 2015).

A prevalência da SA usando os critérios da APA (1994) varia em cada estudo com taxas entre 0,3 e 8,4 por 10.000 crianças.

Ainda na mesma perspectiva Attwood (2010, citado por Gillberg, 1998) descreve que “a taxa de prevalência fica entre 36 e 48 por 10.000 crianças, ou entre 1 em 280 ou 210 crianças” (p.60).

Todos os estudos de prevalência indicaram que é muito maior a probabilidade de incidência nos rapazes do que nas raparigas (Culmine, Leach e Stevenson, 2006).

Cerca de 2 a 4 pessoas em cada 10.000, têm SA. Prevalece mais entre homens do que em mulheres, com um índice relatado de 9 para 1 (ABP, 2006).

Numa população de 10.000 pessoas, há 10 pessoas com Autismo e 2,5 com Síndrome de Asperger (FPA, 2015).

“As taxas de prevalência da SA variam de acordo com a escolha dos critérios de diagnóstico” (Attwood, 2010, p.60).

Portanto, a taxa de prevalência esperada para a SA, de acordo com os critérios, irá variar entre 1 em 33.000 e 1 em 1200 crianças. De igual modo Attwood (2010, citado por Baird et al, 2000, Chakrabarti e Fombonne, 2001, Sponheim e Skjedal, 1998, Taylor et al, 1999).

Em Portugal estima-se que existem cerca de 40.000 portadores da SA, sendo a prevalência maioritária no sexo masculino 5-1 (APSA, 2013).

De acordo com a Associação Portuguesa de Indústria Farmacêutica [APIFARMA] (2015), existem em Portugal cerca de 30.000 pessoas portadoras da síndrome de Asperger.

2.3. Intervenção

2.3.1. tratamentos e terapêuticas.

De acordo com a parceria entre a APIFARMA e as Associações de Doentes, a ideia do tratamento na SA é assinalada da seguinte maneira:

O tratamento ideal para a SA inclui terapias que abordam os três sintomas básicos: baixa capacidade de comunicação, rotinas obsessivas ou repetitivas e imperícia física. Este tipo de programa geralmente inclui:

- Treino de competências sociais, uma forma de terapia de grupo que ensina às crianças as competências que precisam para interagir, com mais sucesso, com outras crianças;

- Terapia cognitiva comportamental, um tipo de terapia da fala que pode ajudar as crianças mais “explosivas” ou ansiosas a gerir melhor as suas emoções e reduzir os interesses obsessivos e rotinas repetitivas;
- Medicação, para sintomas coexistentes, tais como depressão e ansiedade;
- Fisioterapia ou terapia ocupacional para crianças com problemas de integração sensorial ou fraca coordenação motora;
- Terapia fona audiológica especializada, para ajudar as crianças que têm problemas com a pragmática do discurso;
- Treino dos pais e apoio, para ensinar aos pais técnicas comportamentais que podem ser praticadas em casa (2015, p.1).

Segundo uma notícia no Diário de Notícias [DN] (2009), existe uma nova técnica inovadora para tratar crianças com SA. Esta técnica tem como objetivo apostar em ajudas visuais para representar sentimentos. Este método permite colocar as crianças com SA no lugar dos outros, ensinando-lhes aquilo que para a maior parte das pessoas surge naturalmente.

Carvalho e Araújo (2009) afirmam que o tratamento SA envolve necessariamente apoio psicológico e educacional. No entanto, ele deve, de uma maneira geral, incluir as seguintes áreas: Competências sociais, Linguagem, Interesses e rotinas, Motricidade, Competências cognitivas, Sensibilidade sensorial e a nível farmacológico.

A Psicoterapia é definida por Attwood (2010, citado por Jacobsen, 2003) “como podendo ser de considerável valor para os progenitores, ajudando a compreender as reações psicológicas quando se tem um filho, uma filha ou um parceiro com SA” (p.406).

Attwood (2010, citado por Pakenham, Sofronoff e Samios, 2004) expressam que “ter alguém que explique a natureza da SA e a perspetiva da criança pode enriquecer a relação entre a criança e o progenitor” (p.406).

A SA é uma patologia que não tem tratamento. No caso de existirem associados à hiperatividade ou défice de atenção, poderá haver necessidade de medicação. Intervir o mais cedo possível, tentar um programa de intervenção o mais objetivo e direcionado para a criança em questão é sem dúvida o melhor tratamento (APSA, 2013).

A habilidade, a experiência e o estilo do terapeuta são elementos primordiais para a eficácia da intervenção (Speaks, 2010, citado por NINDS, 2011).

Ainda na mesma linha de pensamento, para verificar quais são os tratamentos e as intervenções mais eficazes para um indivíduo com SA, deve ser feita uma avaliação

completa de todos os sintomas, através dos fatores, histórico comportamental, sintomas atuais, padrões de comunicação, competências sociais e funcionamento neuropsicológico (Speaks, 2010, citado por NINDS, 2011).

O mesmo autor defende ainda que as opções de tratamento para a Síndrome de Asperger passa por incluir a Educação dos Pais, o treino da habilidades sociais e fonoaudiologia, a terapia comportamental cognitiva, a análise comportamental aplicada, a terapia ocupacional e a medicação (Speaks, 2010, citado por NINDS, 2011).

2.3.2. orientações educativas para professores / educadores.

Williams (1995, citado por Everard, 1976) afirma que se nota a diferença das crianças que têm problemas, quando estas são comparadas aquelas que não têm patologias associadas, como também o esforço que é feito por estas para viverem no ambiente que as rodeia é enorme.

De acordo com Williams (1995, citado por Wing, 1981), salienta que as crianças com SA são demasiado frágeis e imaturas e derivado a isso são facilmente afetadas pelas pressões do ambiente que as rodeia, causando-lhes pouca habilidade em formar relações interpessoais.

Segundo Williams (1995, citado por Asperger, 1991), o docente que não tem a capacidade de ensinar e transmitir às crianças saberes claros e simples, sentir-se-á impaciente e irritado.

Segundo a experiência de Williams (1995) na Escola de Psiquiatria do Centro Médico para crianças e adolescentes da Universidade de *Michigan*, quando contactamos com crianças com este tipo de patologia devemos adotar as seguintes estratégias de forma a facilitar o nosso trabalho em sala de aula. É disso exemplo o facto de encarar a situação e a criança o mais positivo possível; apoiar, explicar e informar sempre que necessário; estabelecer tempo extra para a realização de determinadas provas/tarefas; realçar e valorizar sempre as capacidades e não as dificuldades; ser criativo, flexível (quanto baste), afetuoso, mas firme na implementação de regras e assegurando-se que as mesmas são cumpridas; as regras devem ser aplicadas cuidadosamente. É útil expressar as regras claramente, de preferência por escrito, embora devam ser aplicadas com alguma flexibilidade; as rotinas de classe devem ser mantidas tão consistentes, estruturadas e previsíveis quanto possível. Crianças com SA não gostam de surpresas. Devem ser preparadas previamente, para mudanças e transições, inclusive as relacionadas com o calendário escolar, dias de férias, etc.; o professor deve tirar toda a

vantagem das áreas de especial interesse da criança quando leciona. A criança aprenderá melhor quando a área de interesse pessoal é solicitada para trabalho. Os professores podem interligar criativamente as áreas de interesse como recompensa para a criança, por completar com sucesso outras tarefas; a maioria das crianças com SA responde bem a estímulos visuais: esquemas, mapas, listas, figuras, etc.; devemos tentar ensinar baseado no concreto. Evitar linguagem como sarcasmo, linguagem confusa. Procurar interromper e simplificar conceitos de linguagem mais abstratos; o ensino didático e explícito de estratégias pode ser muito útil para ajudar a criança a ganhar proficiência em “funções executivas” como organização e habilidades de estudo; tentar evitar luta de forças. Estas crianças têm posturas de teimosia se forem forçados. O seu comportamento pode ficar rapidamente fora de controle. É preferível, antecipar essas situações e tomar ações preventivas para evitar a confrontação direta; facilitar hábitos de autonomia, ensinando os procedimentos adequados em situações e espaços públicos e privados.

A intervenção é um método de trabalho que passa pela transmissão de informação detalhada aos pais, aos técnicos que trabalham diretamente com o indivíduo, assim como, às instâncias educacionais. Seguidamente dever-se-á planificar um conjunto de estratégias a implementar, tendo em consideração as limitações / dificuldades e as áreas fortes, que promovam o seu bem-estar físico e psicológico, recorrendo às áreas de interesse do indivíduo. A intervenção passa por elaborar um Programa Educativo Individual (PEI), em conjunto com a família e a equipa multidisciplinar (Teixeira, 2005, citado por Cumine, Leach e Stevenson, 2006).

Speaks, 2010, citado por *Organization for Autism Research* [OAR] (2001), define seis etapas importantes para ajudar os educadores a lidar com alunos Aspergers na sua vida escolar, sendo de destacar as seguintes: ETAPA 1: Eduque-se (Operar em tempo de Asperger, Administrar o ambiente, criar um agenda equilibrada, simplificar a linguagem, administrar a mudança de planos e ser generoso com os elogios), ETAPA 2: Entender os Pais, ETAPA 3: Preparar a sala de aula, ETAPA 4: Educar os colegas e promover as metas sociais, ETAPA 5: Colaborar com o desenvolvimento dos programas educativos, ETAPA 6: Administrar desafios comportamentais.

O Método *Treatment and Education of Autistic and Communication-handicapped Children* (TEACH), estrutura e organiza um ambiente de bem-estar visando promover a aprendizagem nos indivíduos com SA e o *Applied Behavior Analysis* (ABA), que é um técnico cognitivo-comportamental, que recorre ao treino condicionado (com reforço ou

punição sistemáticos perante comportamentos adequados ou desadequados (Teixeira, 2005, citado por Cumine, Leach e Stevenson, 2006).

As crianças autistas têm uma aprendizagem diferente relativamente às crianças sem problemas, isto é, é necessário explicar e ensinar autistas com estratégias de intervenção que procurem equilibrar as suas dificuldades específicas (Abreu, 2010).

3. Programa SON-RISE

“O Programa Son-Rise foi desenhado de forma a poder ser adaptado às necessidades de cada criança.”

(Hogan e Hogan, 2009, p. 16)

3.1. História

De acordo com Hogan e Hogan (2009, p.1), “o Método The Son-Rise foi criado no início da década de 1970 pelos autores / professores Barry (“Beras”) Neil Kaufman e Samahria Lyte Kaufman quando o seu filho, Raun, foi diagnosticado com Autismo Severo e incurável”.

A partir daí, este método transformou Raun de criança muda, num jovem altamente verbal, socialmente interativo com um Q.I. praticamente de génio, dando-lhe a possibilidade de se formar na universidade, tornando-se diretor de um centro educacional para crianças em idade escolar (Hogan e Hogan, 2009).

Segundo Hogan e Hogan (2009), durante mais de vinte anos que os Kaufman e os seus funcionários têm ajudado milhares de pais e profissionais de todo o mundo a resolver os casos destas crianças, fundando o *Option Institute* e o *Autism Treatment Center of America* desde 1983.

Desde 1983, que o *Autism Treatment Center of America* tem provido programas de formação inovadores para mais de 25 mil pais e profissionais de mais de 85 países que cuidam de crianças com autismo, permitindo que melhorem todas as áreas de aprendizagem, desenvolvimento a comunicação (ABCriança, 2012).

3.2. Aplicação

Parafraseando Hogan e Hogan (2009), este programa foi desenvolvido para ajudar crianças e adultos com idades compreendidas entre os 2 e os 40 anos, com diversos diagnósticos e desafios. Podem começar na 1ª ou na 5ª Fase, o que é relevante é tomar atenção como cada técnica funciona na criança.

Ainda na mesma linha de pensamento o mesmo autor refere que todas as famílias e crianças são únicas. A implementação deste programa consistente em aplicá-lo durante um período de pelo menos 6 meses para que cada criança possa sentir os benefícios do método e deixar expandir o programa para o nível de intervenção, ou seja, as crianças beneficiam mais quando recebem uma maior quantidade de estímulos. Sendo assim, foram criadas três opções que permitem oferecer flexibilidade:

1. **Estilo de Vida:**

Mínimo de 30 minutos de intervenção (1 para 1) com o seu filho;

2. **Tempo Parcial:**

Nível I – 10 a 20 horas por semana de intervenção (1 para 1) com o seu filho num quarto especializado para a brincadeira / concentração segundo o Método The Son-Rise Program.

Voluntários opcionais.

Nível II – 20 a 30 horas por semana de intervenção (1 para 1) com o seu filho num quarto especializado para a brincadeira / concentração segundo o Método The Son-Rise Program.

Participação de voluntários.

3. **Tempo Inteiro:**

Nível I – 30 a 40 horas por semana de intervenção (1 para 1) com o seu filho num quarto especializado para a brincadeira / concentração segundo o Método The Son-Rise Program.

Participação de voluntários.

Nível II – 40 a 56 horas por semana de intervenção (1 para 1) com o seu filho num quarto especializado para a brincadeira / concentração segundo o Método The Son-Rise Program.

Participação de voluntários (p. 3)

3.3. Princípios Orientadores

Segundo Revista Científica do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos [ITPAC] (2014, citado por Rivero, *et al*, 2013), o Modelo de Desenvolvimento do Programa Son-Rise tem como finalidade focar os pais em pontos estratégicos para auxiliar indivíduos autistas no seu desenvolvimento.

Para Hogan e Hogan (2009), o Programa Son-Rise assenta em vários princípios que o caracterizam, sendo de destacar os seguintes:

O potencial da criança é ilimitado; a motivação e a não repetição, são a chave de toda a aprendizagem; o autismo não é uma desordem comportamental os comportamentos repetitivos da sua criança (stims) tem uma enorme importância e valor; os pais são o melhor recurso da criança; a criança pode evoluir no ambiente adequado; os pais e profissionais são mais efetivos quando se sentem confortáveis, e otimistas acerca das capacidades da sua criança e com esperança relativamente ao seu futuro e o programa Son-Rise pode ser efetivamente combinado com outras terapias complementares tais como: Intervenções Biomédicas; Terapias Sensoriais; Dietas sem Glúten e sem Cseine, Terapias de integração auditiva entre outras (p. 16).

De acordo com Cardoso (2014), este programa permite que exista uma relação mais próxima entre as pessoas que o praticam, bem como consiste em ensinar a criar e implementar programas centrados na criança. Os pais têm a oportunidade de aprender a interagir de uma forma engraçada e ativa com os seus filhos, estimulando-os e desenvolvendo-os social, emocional e psicologicamente.

Este programa é normalmente praticado num quarto em casa, sendo estruturado para o efeito. As estratégias utilizadas para a evolução da criança vão ao encontro dos seus interesses e motivações (Cardoso, 2014, citado por Houghton, 2008).

Souza *et al* (2014, citado ITPAC, 2014) considera que o programa Son-rise é um método eficaz no tratamento de crianças autistas e que a participação familiar é fundamental para a evolução das mesmas.

O Programa *Son-Rise* é método terapêutico que costuma ser utilizado no tratamento do autismo. Este deve ser acompanhado por fonoaudiólogos, psicólogos, psicopedagogos, pedagogos e pela própria família destas crianças (Campos, 2013, citado por Revista Época, 2007).

Na perspetiva de Campos (2013, citado por Tolezani, 2010) o Programa Son-Rise é um dos métodos mais utilizados no tratamento de crianças autistas, uma vez que é essencialmente educacional permitindo o relacionamento com os pais, adultos e outras

crianças. Para este autor o envolvimento dos pais é fundamental para o desenvolvimento da comunicação e interação das crianças autistas.

O estudo efetuado por Campos (2013), revela que o Programa Son-Rise favorece o desenvolvimento cognitivo, físico, motor e intelectual da criança autista. Nos movimentos repetitivos, à medida que a criança autista interage com os diversos membros da família, consegue diminuir as suas repetições, passando a atingir o equilíbrio de forma a poder interagir e comunicar para compreender e participar no mundo que a envolve. Os pais tiveram também um papel importante neste processo, na medida em que permitiram à criança experimentar outras formas de aprendizagem que lhes acrescentou estratégias para poderem viver e relacionar-se melhor em sociedade. Este estudo possibilitou concluir-se que existe uma notória evolução na interação social, no comportamento, na comunicação verbal, na memória e no contato visual da criança.



Figura 2 – Modelo de Desenvolvimento do Programa Son-Rise (Associação, 2016, citado por Hogan, 2007, p.3)

4. Outros Métodos

"As abordagens atualmente realizadas têm a finalidade de melhorar o desempenho, as capacidades individuais e desenvolver a adaptação dessas crianças ao ambiente."

(Santos e Sousa, 2005, p. 42)

4.1. Método ABA

Este método teve origem em 1913, quando John Watson reconheceu todo o comportamento observável, como sendo o verdadeiro sujeito da psicologia, dando-se início ao Behaviorismo onde o objeto de estudo é o comportamento adquirido em função da interação entre o meio, o ser humano e a aprendizagem (Pereira, 2011, citado por Lear, 2004).

Em 1987, Ivar Lovaas foi a primeira pessoa a aplicar os princípios do método ABA no tratamento de crianças com autismo (Lear, 2004).

Para Ramalho (2012), este método é uma técnica utilizada na correção dos comportamentos problemáticos relacionados com crianças autistas.

De acordo com Pereira (2011, citado por Cooper, Heron e Heward, 1989), este método é baseado em princípios científicos do comportamento com a finalidade de construir comportamentos socialmente relevantes, reduzindo os problemáticos.

Ainda na mesma linha de pensamento, os comportamentos corretos e apropriados devem ser reforçados e recompensados, enquanto que os comportamentos incorretos e desapropriados devem ser completamente ignorados (Pereira, 2011, citado por Sidman, 1989).

Pereira (2011, citado por Miguel, 2007) defende que o método ABA é fundamental para indivíduos que sofram de autismo, pois dá-lhes as ferramentas necessárias para adquirirem independência e em consequência disso uma melhor integração na vida em sociedade.

Na mesma perspectiva de concordância Pereira (2011, citado por Simpson, 2001), reconhece o método ABA como sendo um elemento primordial no tratamento de crianças autistas.

O ABA é um método essencial na resolução de vários problemas da sociedade (Pereira, 2011, citado por Cooper, 2001).

Na mesma linha de pensamento Ribeiro (2010) afirma que a metodologia ABA é usada como método de intervenção no tratamento do autismo. Este autor refere ainda que a metodologia ABA é proveniente do Behaviorismo indo ao encontro do que é referido por (Pereira, 2011).

Segundo Faggiani (2010), o método ABA (Análise do Comportamento Aplicada) é um método que ficou conhecido devido ao trabalho realizado com crianças autistas. Este método, explica e modifica o comportamento do ser humano em função das experiências vividas diariamente.

“A Terapia ABA tem sido apontada como a mais promissora no tratamento de indivíduos autistas” (Faggiani, 2010, citado por Howard, Sparkman, Cohen, Green e Stanislaw, 2005; Landa, 2007; Smith, Mazingo, Mruzek, e Zarcone, 2007; Naoi, 2009, <http://www.autismo.psicologiaeciencia.com.br/terapia-aba/>).

Miguel (2005) considera que o ABA é considerado o método mais eficaz no tratamento de indivíduos com autismo.

4.2. Método TEACCH

Segundo Abreu (2010, citado por Pereira *et al*, 2008), o método TEACCH foi concebido nos Estados Unidos da América, em 1971, por Eric Shopler e pelos seus colaboradores com a finalidade de ensinar técnicas aos pais de crianças autistas, a fim de ajudarem a resolver as necessidades dos seus filhos.

De acordo com Abreu (2010), o modelo TEACCH tem como principal objetivo preparar as crianças autistas tornando-as o mais autónomas possíveis para poderem ingressar e integrar da melhor maneira a sociedade que as rodeia.

Segundo este mesmo autor, este método consiste em estruturar ambientes de aprendizagem para criar mentalmente nas crianças uma automatização, que lhes irá permitir funcionarem fora da sala em contextos menos estruturados, adaptando-se e compreendo-os melhor (Abreu, 2010, citado por Mello, 2005).

Nesse sentido (Abreu, 2010, citado por Pereira *et al*, 2008), vai ao encontro do que diz Mello (2007), confirmando que existem várias áreas específicas que ensinam ao aluno o

que o seu ambiente tem e o que faz sentido, desenvolvendo competências úteis e significativas na vida adulta.

Abreu (2010), afirma que as áreas de trabalho das salas TEACCH, devem ser constituídas por área de transição, área de reunião, área de trabalhar, área de aprender, área de brincar, área de computador, área de trabalhar em grupo e área de lanche.

Para Lavado (2012, citado por Schopler e col., 1980) este método pode ser utilizado na escola e em casa, sendo os pais os elementos primordiais no processo de avaliação e intervenção.

Lavado (2012), vai ao encontro do que outros autores já mencionaram considerando os objetivos do método TEACCH úteis para desenvolver habilidades significativas para a vida adulta das crianças autistas, contribuindo para o progresso de áreas importantes, servindo as necessidades individuais de cada criança.

Este método é na perspectiva de Ramalho, uma técnica que auxilia os professores oferecendo estratégias cognitivas e comportamentais no tratamento do autismo (2012).

O modelo TEACCH é centrado nas áreas fortes das crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, sendo adaptado e flexível permitindo a construção de um programa educativo que irá ao encontro das necessidades de cada criança (Fonseca, 2011, citado por Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular [DGIDC], 2008).

O TEACCH é um método que foi criado para intervir em crianças portadoras de autismo. É um programa psicoeducacional, que adapta o ambiente para que a criança o compreenda com mais facilidade. Este programa consegue através de estímulos visuais promover a comunicação, daí que reduz e elimina os comportamentos inadequados (Pereira, 2011).

O método TEACCH proporciona ao indivíduo estrutura e organização. Este baseia-se em cinco princípios básicos, são eles: a Estrutura Física, o Agendamento, o Sistema de Trabalho, a Rotina e a Estrutura Visual (Farias, 2014).

5. Objeto de Estudo

"O trabalho tem um papel mediador entre o mundo subjetivo e o mundo real. Pelo trabalho o homem se apropria do mundo subjetivo, transformando a si mesmo, ou seja, construindo-se ao mesmo tempo em que transforma o real."

(Luchiari, 2016,

<http://www2.anhembib.br/html/ead01/psicologia/lu02/lo2/index.htm>)

5.1. Enunciação do Problema

Segundo Sousa (2011), o problema deve ser escolhido não só de acordo com o interesse pessoal do investigador, como também segundo a sua formação, recursos físicos e financeiros, tempo disponível e acessibilidade da informação.

Ainda na mesma linha de pensamento Gonçalves (2008, citado por Gil, 2002), define que um problema deve ser essencialmente claro, preciso, objetivo, empírico, delimitado e passível de solução.

Para Sousa e Baptista (2011, citado por Coutinho, 2005), o problema tem cinco funções básicas numa investigação, isto é, organiza o projeto, focaliza o investigador para a problemática em questão, delimita o estudo, fornece um referencial para seu desenvolvimento e indica os dados que serão necessários obter.

Segundo ITPAC (2014, citado por Rivero *et al*, 2013), o Modelo de Desenvolvimento do Programa Son-Rise tem como principal finalidade auxiliar indivíduos autistas no seu desenvolvimento.

Souza *et al* (2014, citado por ITPAC) defende também que o programa Son-rise é um método eficaz no tratamento de crianças autistas.

Na perspectiva de Campos (2013, citado por Tolezani, 2010) o Programa Son-Rise é sem dúvida um dos métodos mais utilizados no tratamento de crianças autistas.

Sendo assim e tendo em consideração o que foi referido anteriormente, a formulação do problema surge com a necessidade de perceber se o Programa SON-RISE traz realmente benefícios para as crianças com Síndrome de Asperger, perante isso definiu-se o seguinte problema:

Será que se observam diferenças nos comportamentos relacionais de sujeitos com Síndrome de Asperger após a aplicação do Programa Son-Rise?

5.2. Objetivos do Estudo

Fortin (2009, citado por Gomes, 2011, p.65) “defende que o objetivo geral da investigação mostra qual a orientação que se deseja dar, isto é, revela onde o investigador pretende chegar”.

Os objetivos segundo Barreto (2016) não devem ser confundidos com a tese. São as metas que o investigador pretende atingir na sua pesquisa e as estratégias a serem alcançadas na configuração do processo para evidenciar a tese.

Moreira (2001) afirma que os objetivos devem ser os mais detalhados possíveis e realça que os objetivos gerais devem ser mais amplos, enquanto que os específicos mais restritos. Ainda na mesma linha de pensamento, o mesmo autor defende que os objetivos poderão sofrer alterações ao longo do processo de investigação, à medida que o investigador vai conhecendo melhor a temática escolhida.

Fernandes (2007) considera que os objetivos do estudo são um dos primeiros passos em que se pensa quando se inicia um pré-projeto ou um projeto de pesquisa científica.

5.2.1. objetivos gerais.

Como **Objetivo Geral** pretende-se:

- Estudar / analisar as alterações nos comportamentos relacionais de sujeitos com a Síndrome de Asperger após a aplicação do programa Son-Rise com Técnicos e Pais.

5.2.2. objetivos específicos.

Por sua vez com os **Objetivos Específicos** pretende-se:

- Desenvolver o Contacto Visual e a Comunicação Não Verbal.
- Desenvolver a Comunicação Verbal.
- Desenvolver um Período de Atenção Interativa (inclusão de outra pessoa).
- Desenvolver a Flexibilidade.

5.3. Questões de Investigação

Para Fortin (2009, citado por Gomes, 2011, p.66) “à semelhança da pergunta de partida, as hipóteses podem ser várias e devem ter em linha de conta as variáveis-chave e a população alvo”.

Segundo Souza (2011, citado por Lewis e Pamela, 1987) uma questão de investigação é aquela que esclarece precisamente a área de investigação, assim sendo, as questões de investigação são grande parte do trabalho de um cientista.

De acordo com Silva (2008) revelam que o desafio da elaboração de uma questão de investigação passa pela dificuldade que o investigador tem em descobrir uma dúvida relevante que possa ser transformada num plano de estudo viável e executável.

Ainda na mesma linha de pensamento, os mesmos autores defendem que a questão de investigação é um elemento primordial no início e no fim de um processo de investigação, um vez que esta será o principal factor para o estudo ser bem reconhecido (Silva, 2008).

De acordo com o problema levantado e os objetivos colocados, definiu-se a seguinte questão de investigação para este estudo de caso:

- Será que se observam diferenças nos comportamentos relacionais de sujeitos com Síndrome de Asperger, após a aplicação do Programa Son-Rise, entre Pais e Técnicos?

5.4. Relevância do Estudo

Sendo o Programa Son-Rise um dos utilizados para trabalhar com alunos autistas, é de destacar que o presente trabalho de investigação pretende ter um papel fundamental, nomeadamente na perceção deste mesmo método enquanto mais-valia para profissionais que fazem dele a sua ferramenta de trabalho.

De acordo com Campos e Mesquita (2013, p. 4, citado por Tolezani, 2010) o Programa Son-Rise é um dos métodos mais utilizados no tratamento da criança com Transtorno do Espectro Autista, pois permite uma abordagem educacional prática e abrangente para inspirarem autistas a participarem em interações divertidas, espontâneas e dinâmicas com todo o tipo de pessoas, sejam elas, crianças, adultos ou pais.

Na mesma linha de pensamento o ITPAC (2014), reforça a ideia atrás mencionada por Campos e Mesquita (2013), afirmando que o Programa Son-Rise é um método terapêutico cognitivo-comportamental que emprega um estilo de interação leve, que impede o conflito, o comportamento hostil, levando as pessoas autistas a participar espontaneamente de interações divertidas e dinâmicas com outros indivíduos, tornando-

as mais recetivas e motivadas para aprenderem novas habilidades e informações, tornando-as mais aptas a lidar com as situações diárias.

O programa Son-Rise é considerado pela Associação Vencer Autismo (2016) como um método que defende os interesses da criança e todas as atividades que são desenvolvidas com a sua aplicação, por norma têm um fim curativo.

Neves e Santos (2010) destacam o programa Son-Rise como sendo o ideal para o paciente autista, dando especial destaque à valorização da criança, de como é o seu comportamento, interação e comunicação. O Programa Son-Rise valoriza a pessoa com autismo, dando a possibilidade de promover oportunidades aos pais, profissionais, voluntários e crianças de continuarem juntos, com formas e atividades inovadoras, motivadoras e lúdicas promovendo o desenvolvimento do autista para sua inclusão na sociedade. Este método permite um jogo de possibilidades, onde o autista aprende a se relacionar, a brincar, a interagir e a comunicar, desenvolvendo a sua parte intelectual e proporcionando uma melhor adaptação ao mundo que o rodeia.

Segundo Oliveira (2011), o Son-Rise valoriza a relação entre pessoas e desenvolve social, emocional e cognitivamente os participantes que o implementam.

Tolezani (2010) considera não só que o programa Son-Rise é um eficiente método educacional para crianças com autismo, como também promove oportunidades para que pais, profissionais e crianças construam novas formas de comunicarem e de interagirem, propondo uma abordagem inter-relacional de valorização do relacionamento com a pessoa com autismo, melhorando a sua autonomia e inclusão social.

A perspetiva defendida por Monteiro (2016) vai ao encontro de todos os outros autores anteriormente mencionados, ou seja, o programa Son-Rise veio inovar e trazer uma outra forma de ver e trabalhar com pessoas diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista, ou seja, possui uma abordagem prática que vem inspirar crianças, adolescentes e adultos autistas a participarem em interações divertidas com pais e técnicos especializados na matéria. Centra-se muito no mundo da criança, preocupando-se em ter um conhecimento aprofundado de como a criança se comporta, interage, comunica e também os seus interesses. Este autor atribui uma importância extrema a este método, considerando-o como um elemento fundamental no tratamento do autismo.

MÉTODO

"Conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objetivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar técnicas."

(Sousa e Baptista, 2011, citado por Grawitz, 1993, p. 53)

1. Plano de Investigação

O tipo de estudo utilizado nesta investigação é um estudo de caso longitudinal, baseado no modelo experimental clínico – Investigação ação. Este modelo tem por base analisar o efeito de programas de intervenção em sujeitos, neste caso em concreto num sujeito com Síndrome de Asperger, utilizando para efeito o Programa Son-Rise.

Assim sendo, esta investigação irá analisar não só o comportamento / fisiologia do sujeito de forma longitudinal, ou seja, ao longo de um determinado período de tempo (2 anos), como também dissecar qualitativamente os resultados com base numa análise de conteúdo das sessões filmadas, onde foram criadas categorias e sub-categorias com diferentes classificadores.

De acordo com Sousa e Baptista (2011), este tipo de investigação “centra-se na compreensão dos problemas, analisando os comportamentos, as atitudes ou os valores. Não existe uma preocupação com a dimensão da amostra, com a generalização de resultados e não se coloca o problema da validade e da fiabilidade dos instrumentos” (p. 56).

Para Araújo *et al.* (2008) o “estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores” (p.4).

Segundo a mesma perspetiva, Araújo *et al.* (2008, citado por Yin, 1994), afirma que um estudo de caso é definido tendo em consideração as características do estudo associado ao processo de recolha de investigação, bem como às estratégias utilizadas na análise do mesmo.

Por outro lado, o estudo de caso é para Araújo *et al.* (2008, citado por Bell, 1989) “uma família de métodos de pesquisa cuja principal preocupação é a interação entre fatores e eventos” (p.4).

Araújo *et al.* (2008, citado por Fidel, 1992) refere que o método de estudo de caso é um método específico de pesquisa de campo, pesquisas essas que são consideradas investigações de fenómenos à medida onde o investigador não tem qualquer tipo de influência significativa.

Para Araújo *et al.* (2008, citado por Coutinho, 2003), quando se investiga um indivíduo, uma personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou até mesmo uma nação, podem ser referenciados como sendo um estudo caso.

Da mesma forma, Araújo *et al.* (2008, citado por Ponte, 2006) considera que o estudo de caso é:

“Uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse” (p.4).

2. Participantes

2.1. Definição e Seleção dos Sujeitos

De acordo com Sousa e Baptista (2011) a exatidão dos resultados da investigação seria muito superior se fosse analisada toda a população em vez de uma pequena parcela. No entanto, por motivos de distância, custo, tempo, logística, entre outros, estudar toda a população é praticamente impossível.

Sendo assim e tendo em conta o que foi referido anteriormente, a minha amostra é constituída por um único sujeito, selecionado por conveniência, logo não foi utilizado nenhum procedimento probabilístico na recolha do mesmo.

2.2. Caracterização dos Sujeitos

2.2.1. caracterização da família / meio envolvente.

A família do sujeito é de médio nível socioeconómico, sendo as idades de ambos os pais de 46 anos. O sujeito é filho único, vive e sempre viveu com o pai e com a mãe, num

apartamento com todas as condições, tendo o seu próprio quarto. Tem um bom ambiente familiar e demonstra estabelecer também uma boa relação com os seus restantes familiares.

2.2.2. caraterização da escola / turma.

Atualmente encontra-se a frequentar o 5º ano numa instituição particular com paralelismo pedagógico, na área da grande Lisboa, nomeadamente em Benfica. A turma é constituída por alunos que já frequentavam o colégio e por outros que vieram de outras instituições de ensino. Apesar de ser uma turma formada na maioria por colegas que não se conheciam, a receptividade geral foi positiva em ambas as partes. A criança em causa possui também uma boa relação com professores e auxiliares.

2.2.3. caraterização do sujeito.

No que diz respeito à informação clínica e familiar, o Miguel é fruto de uma gravidez desejada, com consultas e exames periódicos. Nasceu de 38 semanas com 3,050 kg e 50 cm de comprimento de parto provocado por fórceps na Maternidade D. Estefânia. É filho único de pais não consanguíneos, sem fatores de risco perinatal. Desde o seu nascimento até aos 2 anos, ficou com a avó, enquanto os pais trabalhavam. Aos 2 anos o Miguel foi encaminhado para a consulta de Desenvolvimento do Hospital D. Estefânia, pela pediatra Dr.^a Margarida Santos, por apresentar atraso de desenvolvimento psicomotor e de linguagem. Depois de ser avaliado foi encaminhado para a Equipa de Coordenação dos Apoios Educativos do Cacém. Tem sido seguido nas consultas de desenvolvimento do Hospital Dona Estefânia pela Dr.^a Maria do Carmo Vale e em Psicologia pela Dr.^a Maria João Pimentel.

No que concerne à informação escolar, o Miguel entrou com 2 anos de idade para o infantário. Transitou para outro infantário no ano letivo seguinte, onde permaneceu até entrar para o Jardim de Infância. Neste infantário começou a beneficiar de apoio educativo. No ano letivo seguinte, não foi possível beneficiar de apoio educativo, mas a Coordenadora da Intervenção Precoce elaborou um programa de intervenção que foi entregue à Educadora da sala e aos pais, com objetivos a trabalhar tanto no Jardim de Infância como na família. Transitou para o Jardim de Infância tendo feito uma adaptação aparentemente normal. Começou a beneficiar de apoio pedagógico especializado e de Terapia da Fala, duas vezes por semana. Foi inserido num grupo reduzido, com crianças com idades entre os 4 e os 5 anos e com uma criança de Trissomia 21. Este grupo

beneficiou de uma 3ª Auxiliar de Ação Educativa para acompanhar os alunos com Necessidades Educativas Especiais. Beneficiou de Adiamento de Matrícula e transitou para o 1º ciclo do ensino básico com os seus colegas. Realizou o 1º ciclo, beneficiando do Decreto-lei n.º 3/2008 com o mesmo grupo.

Atualmente o Miguel tem 10 anos de idade, está a frequentar o 5º ano de escolaridade e possui a necessidade educativa específica Síndrome de Asperger.

O Miguel é um aluno muito dependente do adulto para as tarefas escolares e para alguns cuidados pessoais. Apresenta grande imaturidade. Não interpreta enunciados e pequenos textos, não resolve problemas simples, a sua atenção/concentração é muito reduzida e dificilmente aplica os conhecimentos adquiridos. É muito afetivo mas não sabe relacionar-se de forma adequada.

É uma criança que gosta de legos, de ver televisão, de explorar os seus interesses no computador e no telemóvel, no entanto não gosta de estar em sítios muito barulhentos, tais como, cinemas e concertos.

Não tem autonomia para apertar os cordões dos ténis e sapatos, lavar os dentes, organizar a sua mochila escolar, tomar banho e fazer os t.p.c.'s.

É autónomo para comer, vestir e arrumar o seu quarto.

3. Medidas

3.1. Definição e Caraterização das Variáveis

Segundo Fortin (2009, citado por Gomes, 2011), “as variáveis são unidades de base da investigação, são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos, que podem ser medidos, manipulados ou controlados” (p.78).

Sendo assim, podem-se considerar como variáveis em estudo:

V.1- Idades do sujeito;

V.2- Quem trabalha com o sujeito (pais ou técnicos);

V.3- Categorias e subcategorias de análise de conteúdo;

Relativamente à classificação das variáveis em estudo, pode-se afirmar que:

A variável V.1 - “Idades do sujeito”, quanto à métrica é uma variável de intervalo ou de razão que é operacionalizada através do Inventário de Comportamentos Adaptativos

(relacionais e comunicativos) baseado nas diretrizes do Programa Son-Rise em sujeitos com Síndrome de Asperger (Adaptado do The Son-Rise Program, Hogan, 2007).

As variáveis V.2 – “Quem trabalha com o sujeito (pais ou técnicos)” e V.3 – “Categorias e sub-categorias de análise de conteúdo”, quanto à métrica são variáveis nominais e são operacionalizadas através do Inventário de Comportamentos Adaptativos (relacionais e comunicativos) baseado nas diretrizes do Programa Son-Rise em sujeitos com Síndrome de Asperger (Adaptado do The Son-Rise Program, Hogan, 2007).

No entanto, estas variáveis a testar apenas vão observar o efeito do Programa Son-Rise no desenvolvimento relacional cognitivo do sujeito com Síndrome de Asperger.

3.2. Fundamentação dos Sistemas de Análise

Os sistemas de análise neste estudo irão passar pelo Programa Son-Rise, pela Observação Naturalista Não Participante e pelas filmagens onde se verifica a aplicação do programa realizadas pelos pais e pelos voluntários.

Para analisar o Programa sobre o sujeito em estudo com Síndrome de Asperger, utilizou-se um inventário de comportamentos adaptativos (relacionais e comunicativos) adaptado do Programa Son-Rise, que serviu como forma de avaliação inicial e final após investigação/ação e uma grelha para registar de forma resumida os comportamentos mais importantes de cada sessão.

Para dissecar as sessões das filmagens feitas pelos pais e voluntários foram construídos quadros de comportamentos, a fim de efetuar um diagnóstico inicial e vários diagnósticos parciais ao longo de cada sessão e um diagnóstico final após a última sessão quer dos voluntários, quer dos pais. Estes quadros de comportamentos foram categorizados segundo cinco classificadores: Sim, Não, Às vezes, Nem Sempre e Interesse Dele. A escolha dos últimos três classificadores (Às vezes, Nem Sempre e Interesse Dele), tem a ver não só com a necessidade de em algumas situações se verificar que a criança tinha um determinado comportamento resultante de um estímulo que a despertava para isso, mas também com o facto de o número de vezes que a criança mostrava essa conduta nem sempre ser regular, tendo assim a necessidade de alargar o lote de opções dos registos. É de extrema importância referir também que para o classificador “Às vezes”, considera-se que a criança em cerca de 50% possua o comportamento desejável. O classificador “Nem Sempre”, revela que a criança atingiu o comportamento que se pretende apenas uma única vez. Relativamente ao classificador “Interesse Dele”, foi

importante a sua inclusão na medida em que a criança só adquire o que se pretende, a partir do momento em que possui algum interesse em fazê-lo.

Assim sendo, conseguiu-se fazer um inventário mais preciso e rigoroso, tornando-se numa mais valia para a progressão desta investigação.

Quadro 3 – Dimensões, Itens e Parâmetros de Comportamentos Adaptativos

Dimensão	Itens	Parâmetros
1ª Dimensão: Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	1º- Função do Contacto Visual	1- Olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação 2- Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas 3- Utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objetos ou acontecimentos do seu interesse 4- Olha para manter a atenção dos outros 5- Olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa
	2º- Expressões Partilhadas	1- Olha com breves episódios de expressão facial 2- Sorri ou dá gargalhadas durante uma interação 3- Imita algumas expressões faciais simples e exageradas 4- Demonstra espontaneamente uma variedade de expressões faciais 5- Responde adequadamente às expressões faciais dos outros
	3º- Comunicação Não Verbal	1- Move os outros de forma física para conseguir o que quer 2- Faz gestos simples quando solicitado 3- Faz gestos simples espontaneamente 4- Utiliza gestos espontâneos para enfatizar/ilustrar a comunicação verbal

		5- Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos
<u>2ª Dimensão:</u> Comunicação Verbal	1º- Conteúdo da Conversa	1- Solicitada pelo outro 2- Espontaneamente comunica o que quer e não quer 3- Faz comentários simples 4- Faz / responde a perguntas simples 5- Espontaneamente constrói frases originais 6- Faz comentários complexos 7- Espontaneamente constrói frases complexas 8- Faz comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto
	2º - Função da Comunicação Verbal	1- Para ter as necessidades atendidas 2- Para iniciar ou continuar uma interação 3- Para partilhar uma experiência 4- Para partilhar histórias relevantes à conversa 5- Para procurar informações pessoais de outros dentro de uma conversa 6- Para descobrir sobre as experiências internas de outros 7- Para partilhar as suas experiências internas
<u>3ª Dimensão:</u> Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa)	1º - Tipos de Atividades	1- Interage em atividades físicas 2- Interage com uma pessoa em atividades simples que incluem objetos 3- Interage em brincadeiras simbólicas 4- Interage em atividades que utilizam imaginação para representar papéis 5- Interage em diversos tipos de atividades
<u>4ª Dimensão:</u>	1º - Lidando com Estímulos	1- Responde calmamente a ambientes que oferecem

Flexibilidade	Sensoriais	<p>alto grau de suporte</p> <p>2- Lida fácil e calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte</p> <p>3- Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte</p> <p>4- Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes típicos e apropriados para a idade</p> <p>5- Lida fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas</p>
---------------	------------	--

4. Procedimentos

Este projeto de investigação teve início com a escolha do tema e, em seguida, implicou uma pesquisa bibliográfica acerca da temática em questão, que permitiu a elaboração do quadro teórico que por sua vez serviu de referência ao enquadramento e definição do problema, objetivos e questões de investigação, bem como na análise e fundamentação dos resultados.

Perante a questão de investigação, houve a necessidade da escolha do Programa Son-Rise / Inventário de Comportamentos Adaptativos (relacionais e comunicativos) e do tipo de estudo a realizar.

Para a aplicação deste programa, foi necessário que tivesse sido passada formação aos pais e posteriormente foi essencial que essa formação fosse fornecida pelos pais aos técnicos que escolheram para o efeito, para assim poderem aplicar o mesmo método de procedimentos.

Depois da autorização por parte dos pais para o estudo do caso do seu filho, passou-se à construção de um inventário, de uma grelha e de alguns quadros de comportamentos adaptativos (ver na Fundamentação dos Sistemas de Análise, Quadro 3 – Dimensões, Itens e Parâmetros de Comportamentos Adaptativos, páginas, 40, 41 e 42).

Primeiramente, houve o preenchimento do inventário de comportamentos adaptativos com base na avaliação longitudinal, isto é (dos 8 anos, 8 anos e meio, 8 anos e 11 meses, 9 anos, 9 anos e meio, 9 anos e 11 meses, 10 anos, 10 anos e meio, 10 anos e 11 meses), compreendendo o ano de 2012 a 2014 e observação naturalista não participante. Por cada ano foram abrangidas 3 observações com filmagem. Isso implicou a descodificação de 18 filmagens relativamente aos aspetos contidos no inventário (9 Técnicos, 9 Pais) e o tratamento dos respetivos comportamentos observados posteriormente registados nos vários quadros de inventário de comportamentos.

É de extrema importância realçar após categorização das filmagens, que estas foram sujeitas ao treino de observadores, ou seja, foi pedido a um professor de Educação Especial uma segunda revisão de avaliação, chegando-se à conclusão que a concordância entre critérios foi de 82% e que a discordância teve como causa uma incorreta compreensão dos mesmos. As filmagens foram feitas entre os oito e os dez anos com pais e técnicos e cada uma delas ocupou 1h30m de filmagem perfazendo 27 horas, levando um total de 54 horas no seu tratamento quer do investigador, quer no treino de observadores.

Posteriormente, disponibilizou-se toda a informação informaticamente, procedeu-se ao tratamento de dados e extraíram-se as conclusões necessárias e pertinentes para o estudo em epígrafe.

5. Tratamento dos Dados

Para esta investigação, a técnica e tratamento de análise utilizada é a análise de conteúdo, dando origem a quadros de tratamento (dupla entrada) em que estão indicadas a categorização das dimensões, itens, parâmetros e classificadores e as avaliações das datas de observação dos pais e dos técnicos.

O quadro de registo descritivo em que a análise é feita através dos registos observados e da sua interpretação vai no sentido de se observarem se existe ou não evoluções na aquisição de competências nas diferentes áreas definidas na análise de conteúdo.

Foram utilizados quadros mais simplificados e resumidos a fim de se evidenciar a evolução das competências nas diferentes idades observadas. Este tratamento é essencialmente baseado numa análise descritiva dos dados observados.

Segundo Júnior *et al.* (2010, citado por Minayo, 1998), uma pesquisa passa por três fases: a fase exploratória, a fase da recolha de dados e por último a fase de análise de dados, sendo que é nesta última que se realizam o tratamento e respetivas interpretações dos dados recolhidos.

Parafraseando Sousa (2011), “na análise dos dados recolhidos através das técnicas associadas à investigação qualitativa, recorre-se à utilização de grelhas de análise” (p. 115).

De acordo com Cordeiro (2014, citado por Bogdan e Biklen, 1994), o tratamento de dados é um processo de investigação que visa dissecar as informações recolhidas pelos investigadores, ou seja, os elementos que traçam a base de análise.

No entender de Gomes (2013, citado por Almeida e Freire, 1997, p.84) “o tratamento dos dados permite obter conclusões sobre a investigação efetuada”.

O tratamento de informação é um procedimento lógico de investigação empírica, onde a sua utilização para fins específicos deve ser controlado (Francisco, 2010).

O tratamento de dados consiste em resumir, organizar, estruturar ou decompor em fatores, quer se trabalhe qualitativamente ou quantitativamente, apresentando daí as relações resultantes (Sousa e Baptista, 2011).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

"Queremos ter certezas e não dúvidas, resultados e não experiências, mas nem mesmo percebemos que as certezas só podem surgir através das dúvidas e os resultados somente através das experiências."

(Jung, 2016, <http://www.recadox.com.br/frases/carl-jung/1033BhJ93h1Uia.html>)

1. Apresentação dos resultados

Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados tendo em consideração o que foi definido nos objetivos formulados e após a aplicação do instrumento de recolha de dados. Neste âmbito, serão apresentados e posteriormente analisados os resultados do estudo desenvolvido na sequência do trabalho de investigação, a partir da dissecação da análise do conteúdo das filmagens, sendo estas definidas por quatro dimensões, que por sua vez se dividem em sete itens, itens esses que são subdivididos ao todo por quarenta parâmetros, como se comprova pelo quadro 3 representado nos sistemas de análise.

Esta apresentação foi feita através da criação de quadros mais simplificados e resumidos, onde foram introduzidos todos os dados de acordo com as avaliações realizadas, a fim de se verificar a existência ou não de evolução dos comportamentos adaptativos nas diferentes idades observadas ao longo dos dois anos. Sendo assim, os quadros exibidos possibilitam desta forma uma melhor visualização dos resultados, facilitando a decodificação das diferentes avaliações quer dos pais, quer dos técnicos e também a perceção das categorizações demonstradas pelo aluno.

É de extrema importância realçar, que os resultados mencionados estão de acordo com uma variável qualitativa, ou seja, são as variáveis que segundo Sousa e Baptista (2011), "expressam atributos, qualidades ou opiniões dos indivíduos em estudo" (p.116).

Os mesmos autores defendem ainda que nas investigações meramente qualitativas não existe uma estrutura muito rígida que oriente os dados recolhidos, no entanto, isso não implica que não devam existir critérios e rigor para o fazer. Sendo assim, será necessário que o investigador possua alguns cuidados para que o seu estudo seja credível (Sousa e Baptista (2011).

Seguidamente, irá ser feita a análise dos resultados longitudinalmente, parâmetro a parâmetro e generalizada, das Avaliações dos Técnicos e dos Pais no que diz respeito ao Contacto Visual e Comunicação Não-verbal, mais propriamente Função do Contacto Visual, Expressões Partilhadas e Comunicação Não-verbal.

No que concerne à Avaliação Técnica, poder-se-á afirmar que na Função do Contacto Visual, ponto 1 “Olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação”, a criança revelou uma evolução deste comportamento a partir do final dos oito anos, passando a adquiri-lo na sua plenitude até ao final dos dez anos, como se comprova no quadro representado.

Quadro 4 – Função do Contacto Visual ponto 1 na Avaliação Técnica

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Função do Contacto Visual</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

No ponto 2 “Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas”, verifica-se que adquiriu o comportamento logo a partir dos oito anos e meio de idade.

Quadro 5 – Função do Contacto Visual ponto 2 na Avaliação Técnica

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Função do Contacto Visual</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
2- Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Relativamente ao ponto 3 “Utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objetos ou acontecimentos do seu interesse”, a criança revela ter já adquirido este comportamento.

No que diz respeito ao ponto 4 “Olha para manter a atenção dos outros” confirma-se que a partir dos nove anos e meio de idade é que a criança às vezes obtém esse comportamento, não conseguindo durante este dois anos alcançá-lo em definitivo.

No ponto 5 “Olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa”, é de notar que apresenta a aquisição deste comportamento logo a partir dos oito anos.

Resumindo, verifica-se que existiu evolução comportamental da criança no ponto 1 e no ponto 2. Por outro lado, no ponto 3 e no ponto 5 a criança apresentava comportamentos

totalmente atingíveis logo aos oitos anos, enquanto que no ponto 4 não chegou a adquiri-los.

Nas Expressões Partilhadas, ponto 1 “Olha com breves episódios de expressão facial” a criança só adquiriu totalmente este comportamento no final dos dez anos de idade.

Quadro 6 – Expressões Partilhadas ponto 1 na Avaliação Técnica

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Expressões Partilhadas</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Olha com breves episódios de expressão facial	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim

Em relação ao ponto 2 “Sorri ou dá gargalhadas durante uma interação “ também se verifica que só no final dos dez anos é que conseguiu adotar este comportamento.

Quadro 7 – Expressões Partilhadas ponto 2 na Avaliação Técnica

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Expressões Partilhadas</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
2- Sorri ou dá gargalhadas durante uma interação	Não	Não	Às vezes	Não	Não	Não	Não	Às vezes	Sim

No ponto 3 “Imita algumas expressões faciais simples e exageradas, a criança revela a aquisição completa deste comportamento aos dez anos de idade.

Quadro 8 – Expressões Partilhadas ponto 3 na Avaliação Técnica

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Expressões Partilhadas</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
3- Imita algumas expressões faciais simples e exageradas	Não	Não	Não	Não	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim	Sim

No que se refere ao ponto 4 “Demonstra espontaneamente uma variedade de expressões faciais” só aos nove anos e meio é que às vezes a criança apresenta o comportamento.

É de notar que no ponto 5 “Responde adequadamente às expressões faciais dos outros”, a criança já tinha esse comportamento assimilado logo a partir dos oito anos de idade.

Sintetizando, verifica-se que existiu evolução comportamental no ponto 1, 2 e 3. Por outro lado, no ponto 5 a criança apresentava comportamentos totalmente atingíveis logo aos oitos anos, enquanto no ponto 4 não chegou a adquiri-los

Na Comunicação Não Verbal, no ponto 1 “Move os outros de forma física para conseguir o que quer” verifica-se que este comportamento está absolutamente adquirido.

No ponto 2 “Faz gestos simples quando solicitado”, a criança só consegue adquirir o comportamento em definitivo a partir dos dez anos e meio de idade.

Quadro 9 – Comunicação Não Verbal ponto 2 na Avaliação Técnica

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Comunicação Não Verbal</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
2- Faz gestos simples quando solicitado	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim

Em relação ao ponto 3 “Faz gestos simples espontaneamente” verifica-se que a criança só no final dos dez anos de idade é que consegue apreender o comportamento pretendido.

Quadro 10 – Comunicação Não Verbal ponto 3 na Avaliação Técnica

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Comunicação Não Verbal</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
3- Faz gestos simples espontaneamente	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim

No que diz respeito ao ponto 4 “utiliza gestos espontâneos para enfatizar / ilustrar a comunicação verbal” a criança mais uma vez só consegue atingir o comportamento desejável no final dos dez anos de idade.

Quadro 11 – Comunicação Não Verbal ponto 4 na Avaliação Técnica

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Comunicação Não Verbal</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
4- Utiliza gestos espontâneos para enfatizar/ilustrar a comunicação verbal	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim

No ponto 5 “Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos”, a criança apesar de não ter o comportamento assimilado, acaba por adquiri-lo rapidamente logo a partir dos oito anos de idade como se pode verificar no quadro exibido.

Quadro 12 – Comunicação Não Verbal ponto 5 na Avaliação Técnica

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Comunicação Não Verbal</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
5- Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Abreviando, verifica-se que existiu evolução comportamental da criança no ponto 2, 3, 4 e 5. Por outro lado, no ponto 1 a criança apresentava comportamentos totalmente atingíveis logo aos oitos anos.

No que concerne à Avaliação dos Pais, poder-se-á afirmar que na Função do Contacto Visual, ponto 1 “Olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação”, verifica-se que a criança já adquiriu esse comportamento.

No ponto 2 “Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas”, acontece precisamente a mesma situação, ou seja, é um tipo de comportamento que já foi assimilado pela criança.

No ponto 3 “Utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objetos ou acontecimentos do seu interesse” o mesmo encontra-se já alcançado a partir dos oito anos de idade.

Por outro lado, relativamente ao ponto 4 “Olha para manter a atenção dos outros” inicialmente a criança só às vezes revelava este comportamento, passando a alcançá-lo na sua plenitude a partir dos dez anos e meio de idade como se pode observar no quadro.

Quadro 13 – Função do Contacto Visual ponto 4 na Avaliação Pais

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - PAIS								
<u>Função do Contacto Visual</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
4- Olha para manter a atenção dos outros	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim

No ponto 5 “Olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa” a criança apresenta a sua aquisição completa logo aos oitos anos.

Resumindo, verifica-se que existiu evolução comportamental no ponto 4. Por outro lado, nos pontos 1, 2, 3 e 5 a criança já tinha estes comportamentos totalmente adquiridos logo aos oitos anos.

No que se refere às Expressões Partilhadas, ponto 1 “Olha com breves episódios de expressão facial”, pode-se afirmar que a criança já o adquiriu logo aos oito anos de idade.

No ponto 2 “Sorri ou dá gargalhadas numa interação”, inicialmente a criança revela incapacidade para possuí-lo. No entanto, consegue indicar sinais de aprendizagem do mesmo aos dez anos de idade, sendo este quadro um comprovativo da evolução da mesma.

Quadro 14 – Expressões Partilhadas ponto 2 na Avaliação Pais

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - PAIS								
<u>Expressões Partilhadas</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
2- Sorri ou dá gargalhadas durante uma interação	Não	Sim	Não	Não	Não	Às vezes	Sim	Sim	Sim

Poder-se-á dizer que no ponto 3 “Imita algumas expressões faciais simples e exageradas” a criança já tem esse comportamento como dado adquirido desde os oito anos.

O ponto 4 “Demonstra espontaneamente uma variedade de expressões faciais” observa-se que desde os oito anos até ao final dos dez anos, apenas em algumas situações a criança manifesta sinais desse comportamento.

No ponto 5 “Responde adequadamente às expressões faciais dos outros” pode-se aferir que este comportamento foi sempre visível ao longo dos dois anos de investigação.

Sintetizando, verifica-se que existiu evolução comportamental da no ponto 2. Por outro lado, nos pontos 1, 3 e 5 a criança apresentava comportamentos totalmente atingíveis logo aos oitos anos, enquanto que no ponto 4 não chegou a adquiri-los.

Relativamente à Comunicação Não Verbal, mais propriamente no ponto 1 “Move os outros de forma física para conseguir o que quer” confirma-se que o comportamento já se encontrava adquirido.

No ponto 2 “Faz gestos simples quando solicitado” afirma-se que este comportamento já foi também assimilado desde os oito anos de idade.

No que diz respeito ao ponto 3 “Faz gestos simples espontaneamente”, a criança não conseguiu ao longo das avaliações apreender este comportamento de forma definitiva. No entanto, desde os oito anos até aos dez anos de idade a criança só às vezes manifestava atitudes comportamentais inerentes a este item.

No que concerne ao ponto 4 “Utiliza gestos espontâneos para enfatizar / ilustrar a comunicação verbal” poder-se-á também declarar que desde os oito anos até aos dez anos de idade a criança só às vezes manifestava atitudes comportamentais a este nível.

No ponto 5 “Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos, este comportamento já foi conseguido logo aos oito anos de idade.

Abreviando, verifica-se que não existiu evolução comportamental. Por outro lado, nos pontos 1, 2 e 5 a criança apresentava comportamentos totalmente atingíveis logo aos oitos anos, enquanto nos pontos 3 e 4 não chegou a adquiri-los.

De uma forma geral, no Contacto Visual e Comunicação Não Verbal - Avaliação Técnica existiu uma maior evolução comportamental do que no Contacto Visual e Comunicação Não Verbal – Avaliação dos Pais, como se comprova através do quadro e da figura representada.

Quadro 15 – Evolução Comportamental no Contacto Visual e Comunicação Não Verbal na Avaliação dos Técnicos e Pais

	Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Contacto Visual e Comunicação Não Verbal
	Avaliações - TÉCNICOS	Avaliações - PAIS
Evolução Comportamental	9	2

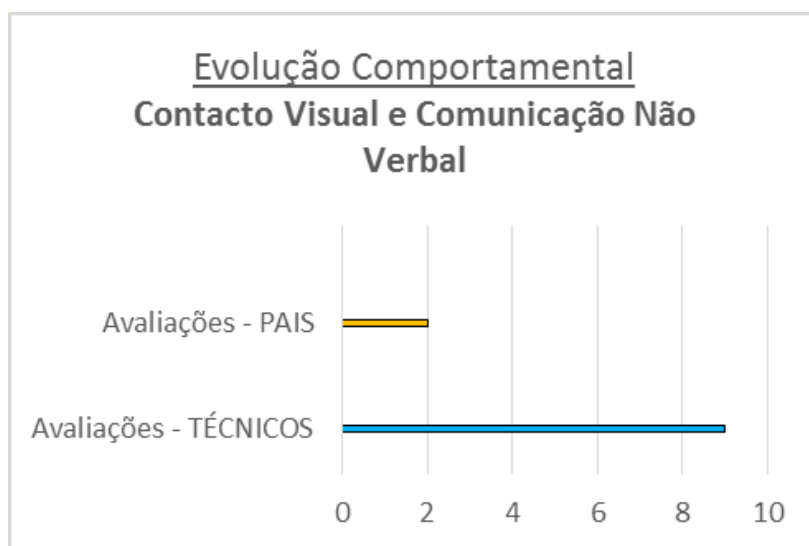


Figura 3 - Evolução Comportamental no Contacto Visual e Comunicação Não Verbal na Avaliação dos Técnicos e Pais

Seguidamente, irá ser feita a análise dos resultados longitudinalmente, item a item e generalizada, das avaliações dos Técnicos e Pais no que diz respeito à Comunicação Verbal, mais propriamente ao Conteúdo da Conversa e Função da Comunicação Verbal.

No que concerne à Avaliação Técnica, poder-se-á afirmar que no Conteúdo da Conversa, ponto 1 “Solicitada pelo outro”, a criança já tinha adquirido o comportamento logo aos oito anos de idade.

No ponto 2 “Espontaneamente comunica o que quer e não quer” revela ter conseguido também logo aos oitos anos de idade.

No que diz respeito ao ponto 3 “Faz comentários simples” é de notar que mais uma vez este comportamento já tinha sido obtido logo aos oito anos de idade.

No ponto 4 “Faz / responde a perguntas simples, a criança demonstrou ter o comportamento completamente apreendido aos oito anos de idade.

Em relação ao ponto 5 “Espontaneamente constrói frases originais” só no final dos oito anos é que o seu comportamento se alterou, passando a adquiri-lo na sua plenitude a partir desta idade, sendo notório no quadro em baixo apresentado.

Quadro 16 – Conteúdo da Conversa ponto 5 na Avaliação Técnicos

Comunicação Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Conteúdo da Conversa</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
5- Espontaneamente constrói frases originais	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Relativamente ao ponto 6 “Faz comentários complexos” poder-se-á afirmar que conforme se comprova pelas avaliações realizadas a criança passou a alcançar este comportamento a partir do final dos oito anos.

Quadro 17 – Conteúdo da Conversa ponto 6 na Avaliação Técnicos

Comunicação Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Conteúdo da Conversa</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
6- Faz comentários complexos	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

No que se refere ao ponto 7 “Espontaneamente constrói frases complexas” a criança, só revela possuir alguma evolução no comportamento a partir do final dos oito anos de idade, como se pode observar pelo quadro mencionado.

Quadro 18 – Conteúdo da Conversa ponto 7 na Avaliação Técnicos

Comunicação Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
Conteúdo da Conversa	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
7- Espontaneamente constrói frases complexas	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

No ponto 8 “Faz comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto” verifica-se que apresenta já assimilado o comportamento logo aos oito anos de idade.

Resumindo, verifica-se que existiu evolução comportamental no ponto 5, 6 e 7. Por outro lado, no ponto 1, 2, 3, 4 e 8 a criança apresentava comportamentos totalmente apreendidos logo aos oitos anos de idade.

Relativamente à Função da Comunicação Verbal, mais propriamente no ponto 1 “Para ter as necessidades atendidas” observa-se que o comportamento já se encontrava adquirido aos oito anos de idade.

No ponto 2 “Para iniciar ou continuar uma interação” nota-se que ao longo dos dois anos de avaliações a criança só revela o comportamento que se pretende se a interação for do interesse dele, ou seja, só comunica de acordo com as suas expectativas e gostos.

Em relação ao ponto 3 “Para partilhar uma experiência” confirma-se que só aos dez aos e meio é que às vezes manifesta o comportamento adquirido.

No ponto 4 “Para partilhar histórias relevantes à conversa” verifica-se que só aos dez aos e meio é que às vezes manifesta o comportamento adquirido. No entanto, no final dos dez anos só partilha histórias se for de acordo com o seu interesse.

No ponto 5 “Para procurar informações pessoais de outros dentro de uma conversa” a criança expressa o comportamento pretendido se for especificamente do interesse dele. Se porventura isso não acontecer revela um total desinteresse.

No que ao ponto 6 diz respeito “Para descobrir sobre as experiências internas de outros”, é de realçar que o seu comportamento é um pouco inconstante, ou seja, em diferentes idades revela diferentes comportamentos. No entanto, no final dos dez anos de idade só adquire o comportamento desejável se a informação que pretende descobrir for do seu interesse.

No ponto 7 “Para partilhar as suas experiências internas” a criança revela dar indícios de às vezes conseguir partilhá-las. Contudo, no final dos dez anos de idade ainda não alcança o comportamento que se pretende.

Sintetizando, verifica-se que no ponto 1 a criança apresentava comportamentos totalmente apreendidos logo aos oito anos de idade. Nos pontos 3 e 7, não conseguiu alcançar os comportamentos desejados. Por outro lado, nos pontos 2, 4, 5 e 6 o comportamento só é atingível se for de acordo com o interesse dele.

No que concerne à Avaliação dos Pais, poder-se-á afirmar que no Conteúdo da Conversa, ponto 1 “Solicitada pelo outro”, a criança já tinha adquirido o comportamento logo aos oito anos de idade.

No ponto 2 “Espontaneamente comunica o que quer e não quer” revela ter conseguido também logo aos oito anos de idade.

No que diz respeito ao ponto 3 “Faz comentários simples” é de notar que mais uma vez este comportamento já tinha sido obtido logo aos oito anos de idade.

No ponto 4 “Faz / responde a perguntas simples, a criança demonstrou ter o comportamento completamente apreendido aos oito anos de idade.

Em relação ao ponto 5 “Espontaneamente constrói frases originais” é de realçar que aos oito anos de idade já possuía totalmente esse comportamento.

Relativamente ao ponto 6 “Faz comentários complexos” poder-se-á afirmar que conforme se comprova pelas avaliações a criança passou a conseguir adquirir este comportamento logo aos oito anos de idade.

No que se refere ao ponto 7 “Espontaneamente constrói frases complexas” mais uma vez a criança demonstra que aos oito anos de idade já assimilou o comportamento pretendido.

No ponto 8 “Faz comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto” observa-se que inicialmente nem sempre obtia o comportamento. Todavia, a partir dos oito anos e meio passou a adquiri-lo integralmente, como se pode verificar no quadro exibido.

Quadro 19 – Conteúdo da Conversa ponto 8 na Avaliação Pais

Comunicação Verbal	Avaliações - PAIS								
<u>Conteúdo da Conversa</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
8- Faz comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto	Nem Sempre	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Resumindo, verifica-se que existiu evolução comportamental no ponto 8. Por outro lado, nos pontos 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 a criança apresentava comportamentos absolutamente adquiridos logo aos oito anos de idade.

Relativamente à Função da Comunicação Verbal, mais propriamente no ponto 1 “Para ter as necessidades atendidas” observa-se que o comportamento já se encontrava adquirido aos oito anos de idade.

No ponto 2 “Para iniciar ou continuar uma interação” é de realçar que durante os dois anos de avaliações a criança só revela o comportamento que se pretende se a interação for do interesse dele, ou seja, só comunica de acordo com as suas expectativas e gostos.

Em relação ao ponto 3 “Para partilhar uma experiência” confirma-se que só aos dez anos e meio é que às vezes manifesta o comportamento adquirido.

No ponto 4 “Para partilhar histórias relevantes à conversa” verifica-se que no final dos dez anos só partilha histórias se for de acordo com o seu interesse.

No ponto 5 “Para procurar informações pessoais de outros dentro de uma conversa” a criança expressa o comportamento pretendido se for especificamente do seu interesse.

No que ao ponto 6 diz respeito “Para descobrir sobre as experiências internas de outros”, é de notar que no final dos dez anos de idade só adquire o comportamento desejável se a informação que pretende descobrir for do seu interesse.

No ponto 7 “Para partilhar as suas experiências internas” a criança revela dar indícios de às vezes conseguir partilhá-las e outras vezes não ter capacidade para o fazer. Contudo, no final dos dez anos de idade só às vezes é que consegue evidenciar o comportamento pretendido.

Sintetizando, verifica-se que no ponto 1 a criança apresentava comportamentos totalmente obtidos logo aos oito anos de idade. Nos pontos 3 e 7, só às vezes é que consegue alcançar os comportamentos desejados. Por outro lado, nos pontos 2, 4, 5 e 6 o comportamento só é atingível se for de acordo com o interesse dele.

De uma forma geral, na Comunicação Verbal - Avaliação Técnica existiu uma maior evolução comportamental do que na Comunicação Verbal – Avaliação dos Pais, como se comprova através do quadro e da figura representada.

Quadro 20 – Evolução Comportamental na Comunicação Verbal na Avaliação dos Técnicos e Pais

	Comunicação Verbal	Comunicação Verbal
	Avaliações - TÉCNICOS	Avaliações - PAIS
Evolução Comportamental	3	1

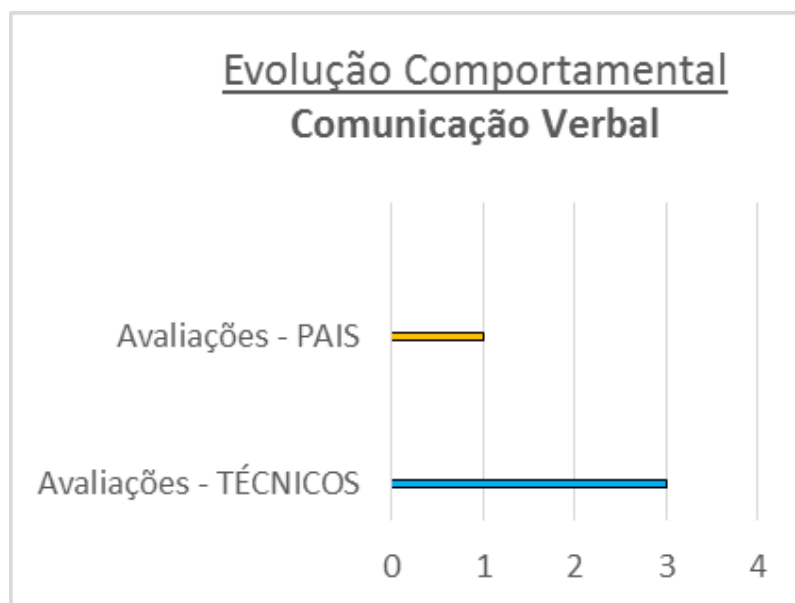


Figura 4 - Evolução Comportamental na Comunicação Verbal na Avaliação dos Técnicos e Pais

Posteriormente, irá ser feita a análise dos resultados longitudinalmente, item a item e generalizada, das Avaliações dos Técnicos e dos Pais no que diz respeito não só ao Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa), mais propriamente Tipos de Atividades, como também à Flexibilidade, nomeadamente Lidando com Estímulos Sensoriais.

No que concerne ao Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa) - Avaliação Técnicos mais propriamente aos Tipos de Atividades, no ponto 1 “Interage em atividades físicas” observa-se que a partir do final dos nove anos de idade a criança passou a adquirir em definitivo o comportamento pretendido, como se comprova pelo quadro em baixo mencionado.

Quadro 21 – Tipos de Atividades ponto 1 na Avaliação Técnicos

Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa)	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Tipos de Atividades</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Interage em atividades físicas	Não	Sim	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim

No ponto 2 “Interage com uma pessoa em atividades simples que incluem objetos” é de realçar que a criança revela ter já obtido este comportamento aos oito anos de idade.

No que se refere ao ponto 3 “Interage em brincadeiras simbólicas” pode-se verificar que desde os oito anos e meio de idade que a criança não tem qualquer problema em interagir neste tipo de brincadeiras, mostrando possuir completamente o comportamento que se pretendia.

Quadro 22 – Tipos de Atividades ponto 3 na Avaliação Técnicos

Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa)	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Tipos de Atividades</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
3- Interage em brincadeiras simbólicas	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

No ponto 4 “Interage em atividades que utilizam imaginação para representar papéis” a criança ao longo dos dois anos de avaliações, mostrou não conseguir apreender este comportamento.

No ponto 5 “Interage em diversos tipos de atividades” observa-se que desde os oito anos e meio de idade que este comportamento passou totalmente a fazer parte da sua conduta, como se confirma no quadro apresentado.

Quadro 23 – Tipos de Atividades ponto 5 na Avaliação Técnicos

Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa)	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Tipos de Atividades</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
5- Interage em diversos tipos de atividades	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Resumindo, verifica-se que existiu evolução comportamental nos pontos 1, 3 e 5. Por outro lado, no ponto 2 a criança apresentava comportamentos absolutamente adquiridos logo aos oito anos de idade, enquanto que no ponto 4 não conseguiu aprender o comportamento que se pretendia.

Em relação à Avaliação dos Pais, poder-se-á afirmar que nos Tipos de Atividades, no ponto 1 “Interage em atividades físicas” observa-se que o comportamento já se encontra assimilado logo aos oito anos de idade.

No ponto 2 “Interage com uma pessoa em atividades simples que incluem objetos” é de realçar que a criança revela também ter já adquirido este comportamento aos oito anos de idade.

No que se refere ao ponto 3 “Interage em brincadeiras simbólicas” pode-se verificar que desde os oito anos de idade que a criança não tem qualquer problema em interagir neste tipo de brincadeiras, mostrando possuir completamente o comportamento que se pretendia.

No ponto 4 “Interage em atividades que utilizam imaginação para representar papéis” é de notar que só no final dos dez anos de idade é que este comportamento passou a ser consistente na postura da criança, como se confirma no quadro em baixo representado.

Quadro 24 – Tipos de Atividades ponto 4 na Avaliação Pais

Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa)	Avaliações - PAIS								
Tipos de Atividades	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
4- Interage em atividades que utilizam imaginação para representar papéis	Não	Não	Sim	Às vezes	Não	Não	Às vezes	Às vezes	Sim

No ponto 5 “Interage em diversos tipos de atividades” observa-se que desde os oito anos que este comportamento passou totalmente a fazer parte da atitude da criança.

Resumindo, verifica-se que existiu evolução comportamental no ponto 4. Por outro lado, nos pontos 1, 2, 3 e 5 a criança apresentava comportamentos absolutamente adquiridos logo aos oito anos de idade.

De uma forma geral, no Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa) - Avaliação Técnica existiu uma maior evolução comportamental do que no Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa) – Avaliação dos Pais, como se comprova através do quadro e da figura representada.

Quadro 25 – Evolução Comportamental no Período de Atenção Interativa na Avaliação dos Técnicos e Pais

	Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa)	Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa)
	Avaliações - TÉCNICOS	Avaliações - PAIS
Evolução Comportamental	3	1

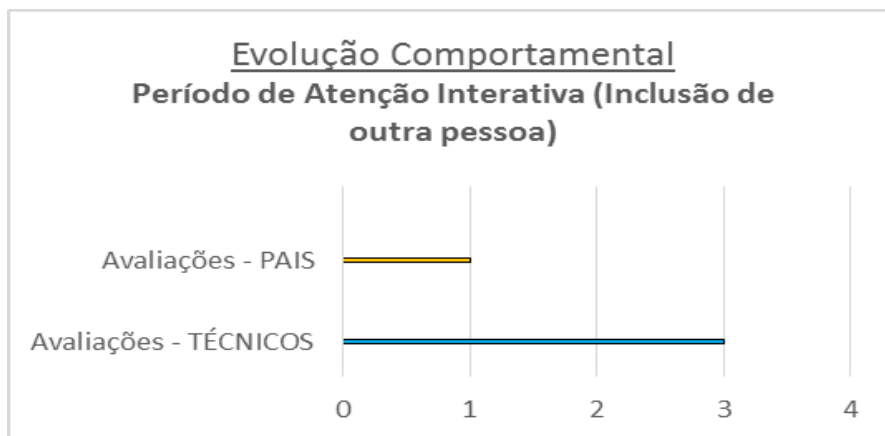


Figura 5 - Evolução Comportamental no Período de Atenção Interativa na Avaliação dos Técnicos e Pais

No que concerne à Flexibilidade - Avaliação Técnicos, mais propriamente Lidando com Estímulos Sensoriais, no ponto 1 “Responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte” poder-se-á dizer que a criança já possui o comportamento aos oito anos de idade.

No ponto 2 “Lida fácil e calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte” verifica-se que só às vezes é que consegue lidar com facilidade com os limites que lhe colocam em determinadas situações.

No ponto 3 “Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte” observou-se que nas duas primeiras idades a criança interagiu bem realizando o comportamento desejado. No entanto, veio-se a verificar que a partir do final dos oito anos até ao final dos dez anos só às vezes é que assumia esse comportamento.

Em relação ao ponto 4 “Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes e situações estruturadas” notou-se que à medida que a idade ia avançando a criança sentia-se mais confiante para lidar com diferentes situações. Este facto é notório a partir do final dos oito anos de idade, onde manifesta total aquisição deste comportamento.

Quadro 26 – Flexibilidade ponto 4 na Avaliação Técnicos

Flexibilidade	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Lidando com Estímulos Sensoriais</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
4- Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes típicos e apropriados para a idade	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

No ponto 5 “Lida Fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas” pode-se confirmar que nem sempre a criança consegue fazê-lo, uma vez que tem alguma dificuldade em lidar com novas situações.

Sintetizando, verifica-se que existiu evolução comportamental no ponto 4. Por outro lado, nos pontos 2, 3 e 5 a criança não conseguiu nos dois anos atingir os comportamentos pretendidos, enquanto que no ponto 1 verifica-se que o comportamento já tinha sido apreendido aos oito anos de idade.

No que diz respeito à Avaliação dos Pais, mais propriamente Lidando com Estímulos Sensoriais, no ponto 1 “Responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte” poder-se-á dizer que a criança já possui o comportamento aos oito anos de idade.

No ponto 2 “Lida fácil e calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte” verifica-se que só às vezes consegue lidar com facilidade com os limites que lhe colocam em determinadas situações.

No ponto 3 “Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte” observou-se que a partir dos nove anos e meio já tinha assumido este comportamento por completo.

Quadro 27 – Flexibilidade ponto 3 na Avaliação Pais

Flexibilidade	Avaliações - PAIS								
<u>Lidando com Estímulos Sensoriais</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
3- Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Em relação ao ponto 4 “Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes e situações estruturadas” notou-se que atingiu em definitivo o comportamento desejável no início dos oito anos de idade.

No ponto 5 “Lida Fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas” pode-se confirmar que só às vezes é que a criança consegue fazê-lo, uma vez que tem alguma dificuldade em lidar com novas situações.

Sintetizando, verifica-se que existiu evolução comportamental no ponto 3. Por outro lado, nos pontos 2 e 5 a criança não conseguiu nos dois anos atingir os comportamentos pretendidos, mas no ponto 1 e 4 confirma-se que o comportamento foi atingido logo aos oito anos de idade.

De uma forma geral, tanto na Flexibilidade - Avaliação Técnica, como na Flexibilidade – Avaliação Pais, houve igualdade na evolução comportamental.

Quadro 28 – Evolução Comportamental na Flexibilidade na Avaliação dos Técnicos e Pais

	Flexibilidade	Flexibilidade
	Avaliações - TÉCNICOS	Avaliações - PAIS
Evolução Comportamental	1	1

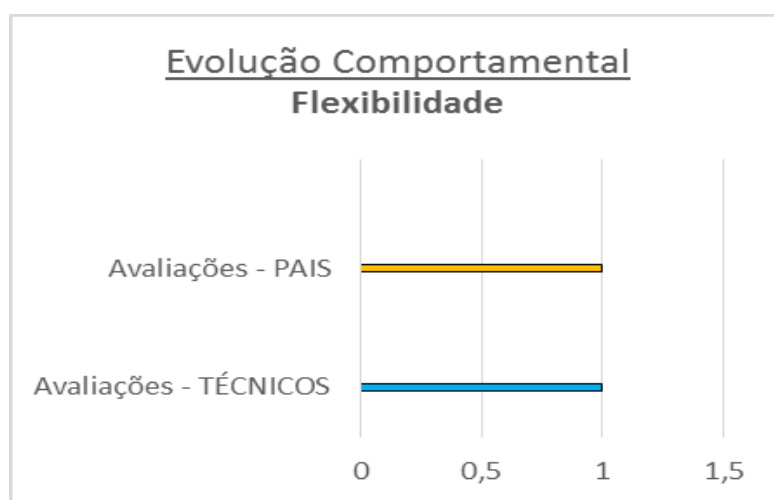


Figura 6 - Evolução Comportamental na Flexibilidade na Avaliação dos Técnicos e dos Pais

Tendo em consideração toda a informação supracitada posso afirmar que após finalizar todo este processo de interpretação e discussão de dados, no geral existiu uma maior evolução comportamental nas Avaliações dos Técnicos do que nas Avaliações dos Pais. Essas indicações estão patentes no quadro e na figura *infra*.

Quadro 29 – Evolução Comportamental Total na Avaliação dos Técnicos e Pais

	TOTAL	TOTAL
	Avaliações - TÉCNICOS	Avaliações - PAIS
Evolução Comportamental	16	5

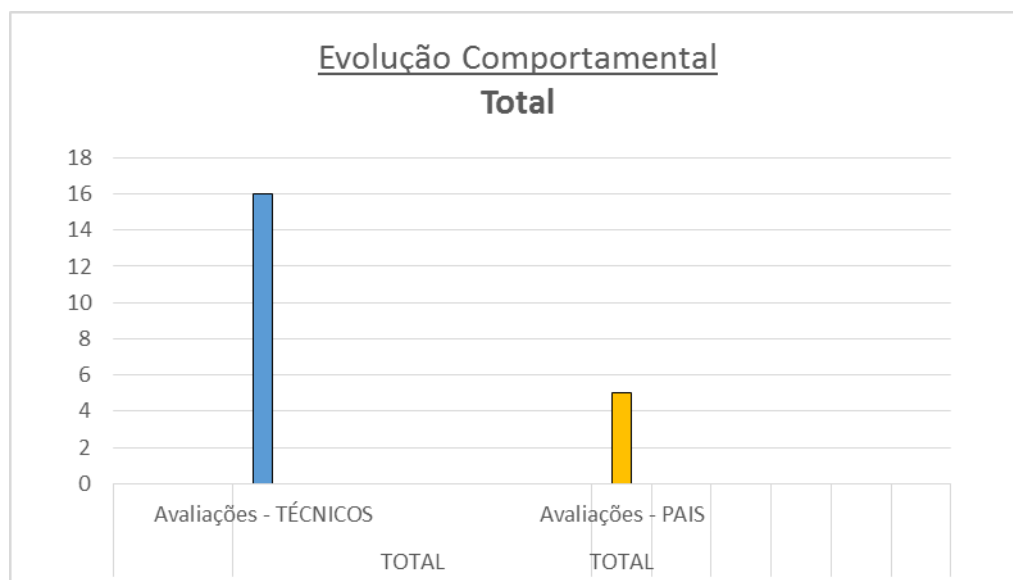


Figura 7 - Evolução Comportamental Total na Avaliação dos Técnicos e Pais

2. Interpretação e discussão dos resultados

Pretende-se neste ponto efetuar a interpretação e discussão dos resultados apresentados, com base nos quadros anteriormente registados e não esquecendo a questão de investigação que esteve na base desta investigação.

No que diz respeito à avaliação realizada pelos técnicos em relação Função do Contacto Visual e Comunicação Não Verbal, no primeiro item Função do Contacto Visual verifica-se que a criança aos oito anos de idade já utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objetos ou acontecimentos do seu interesse e também já olha para avaliar os sinais sociais oferecidos por outra pessoa. Por outro lado, ainda não consegue olhar para manter a atenção dos outros, mas já consegue olhar para os outros para iniciar ou continuar uma ação, bem como faz contato visual para ter as suas necessidades atendidas, revelando nestes dois pontos uma evolução comportamental ao longo destes dois anos.

Relativamente à avaliação realizada pelos pais em relação ao mesmo item, verifica-se que a criança olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação, faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas, utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objetos ou acontecimentos do seu interesse e olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa logo aos oito anos de idade. Por outro lado, observa-se que existiu evolução comportamental quando olha para manter a atenção dos outros.

No que concerne à avaliação realizada pelos técnicos em relação Função do Contacto Visual e Comunicação Não Verbal, no segundo item Expressões Partilhadas confirma-se que a criança ao oito anos respondia adequadamente às expressões faciais dos outros, enquanto que por outro lado, não conseguiu nestes dois anos de estudo demonstrar espontaneamente uma variedade de expressões faciais. No entanto, já consegue olhar com breves episódios de expressão facial, sorrir ou dar gargalhadas durante uma interação e imitar algumas expressões faciais simples e exageradas.

No que se refere à avaliação realizada pelos pais em relação ao mesmo item, verifica-se que não chegou ao fim dos dois anos de estudo a evoluir comportamentalmente, no que diz respeito a demonstrar espontaneamente uma variedade de expressões faciais. Por outro lado, já sorri ou dá gargalhadas durante uma interação, evoluindo assim positivamente. Por conseguinte, poder-se-á afirmar que logo aos oitos anos olhava com breves episódios de expressão facial, imitava algumas expressões faciais simples e exageradas e respondia adequadamente às expressões faciais dos outros.

Quanto à avaliação realizada pelos técnicos em relação Função do Contacto Visual e Comunicação Não Verbal, no terceiro item Comunicação Não Verbal verificou-se que movia os outros de forma física para conseguir o que queria aos oito anos. No entanto, notou-se que a criança já consegue fazer gestos simples quando solicitada e espontaneamente e utiliza gestos espontâneos para enfatizar e ilustrar a comunicação verbal bem como compreende, assim como utiliza e responde a sinais sociais básicos.

No que corresponde à avaliação realizada pelos pais em relação ao mesmo item verificou-se que, ainda não faz gestos simples espontaneamente e não utiliza gestos espontâneos para enfatizar / ilustrar a comunicação verbal. Por outro lado, a criança apresentava comportamentos totalmente atingíveis logo aos oitos anos, isto é, já era capaz de mover os outros de forma física para conseguir o que quer, de fazer gestos simples quando solicitado e de compreender, utilizar e responder a sinais sociais básicos.

De uma forma geral, na dimensão do Contacto Visual e Comunicação Não Verbal - Avaliação Técnica existiu uma maior evolução comportamental do que na mesma dimensão, mas em relação à Avaliação dos Pais. Esta situação deve-se ao facto de existir uma ligação afetiva, ou seja, de maior proximidade com os pais do que com os técnicos, podendo desta forma a criança estar mais desinibida e revelar desde já a aquisição dos comportamentos que se pretendem. Esta postura não acontece com os técnicos, pois em algumas situações não consegue adquiri-los na totalidade ou por vezes só no final dos dois anos de contacto direto é que a criança acaba por obter o comportamento desejável. Logo pode-se concluir que a evolução comportamental é

maior nos técnicos do que nos pais em virtude do seu vínculo afetivo ser mais distante ou inexistente.

Esta ideia é comprovada por Saúde (2016), que designa a família como sendo a célula base da sociedade, ou seja, é o ambiente onde se desenvolvem as estruturas cognitivas fundamentais, é onde a criança forma a sua identidade e amadurece emocionalmente. Na perspetiva deste autor é no seio familiar que a criança se desenvolve a todos os níveis, logo aqui fica patente que a relação de proximidade e a base de confiança transmitida entre Pais/filhos são fatores essenciais e de grande relevância, como tal existe grande probabilidade do comportamento ter sido já adquirido ou de aquisição mais precoce.

Para Paviotti (2013), a relação afetiva que se estabelece entre os pais e a criança, permite que a mesma consiga enfrentar e encarar os desafios do dia-a-dia. Esta autora defende ainda que esta relação afetiva é essencial para uma boa formação e desenvolvimento da criança no futuro.

Ainda na mesma linha de pensamento, Ferreira e Pinho (2009, citado por Bowlby e Ainsworth, 1991) “entendiam a motivação humana como sendo orientada por sistemas comportamentais inatos destinados a facilitar a adaptação e sobrevivência, explicando o vínculo em termos de necessidades básicas de proteção e segurança” (p. 3).

Estes autores consideram que os comportamentos futuros são influenciados pelas experiências relacionais atuais e pelas marcas cognitivas residuais (Ferreira e Pinho, 2009, citado por Fonagy, 2001 e Shaver e Mikulincerb, 2005).

No que diz respeito à avaliação realizada pelos técnicos em relação à Comunicação Verbal, no primeiro item Conteúdo da Conversa verifica-se que a criança aos oito anos de idade já comunicava verbalmente quando solicitada pelo outro, espontaneamente comunicava o que quer e o que não quer, fazia comentários simples, fazia e respondia a perguntas simples e fazia comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto. Por outro lado, observa-se que evolui comportamentalmente na espontaneidade com que construía frases originais e espontaneamente frases complexas e na maneira como fazia comentários complexos.

Relativamente à avaliação realizada pelos pais em relação ao mesmo item, verifica-se que a criança logo aos oito anos de idade comunicava quando solicitada pelo outro, espontaneamente comunicava o que quer e o que não quer, fazia comentários simples e respondia a perguntas simples, espontaneamente construía frases originais e complexas, assim como fazia comentários complexos. Por outro lado, só mais tarde é que passou a

fazer comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto, facto que denota a evolução comportamental obtida neste ponto.

No que concerne à avaliação realizada pelos técnicos em relação à Comunicação Verbal, no segundo item *Função da Comunicação Verbal* observa-se que a criança não conseguiu ter a capacidade de partilhar uma experiência ou as suas experiências internas. Por outro lado, consegue alcançar o comportamento desejável, mas se for de acordo com o seu interesse, quando inicia ou continua uma interação, quando partilha histórias relevantes à conversa e quando procura informações pessoais de outros dentro de uma conversa. Em contrapartida, logo aos oitos anos de idade a criança comunicava verbalmente para ter as suas necessidades atendidas.

No que se refere à avaliação realizada pelos pais em relação ao mesmo item verifica-se que a criança apresentava comportamentos totalmente obtidos logo aos oitos anos de idade quando comunica para ter as suas necessidades atendidas. Nota-se também que só às vezes é que partilha uma experiência ou as suas experiências internas. Por outro lado, para iniciar ou continuar uma interação, para partilhar histórias relevantes à conversa, para procurar informações pessoais de outros dentro de uma conversa e para descobrir sobre as experiências internas de outros, o comportamento só é atingível se for de acordo com o seu interesse.

De uma forma geral, na dimensão da Comunicação Verbal - Avaliação Técnica existiu uma maior evolução comportamental do que na mesma dimensão, mas em relação à Avaliação dos Pais. Esta situação tem haver essencialmente com o facto de existir uma maior confiança com os pais, do que propriamente com os técnicos, levando a que a criança apresente menos comportamentos evolutivos quando se encontra presente com alguém que lhe é mais próximo, já que a base de confiança entre ambos já foi criada e como tal os comportamentos desejáveis já se encontram obtidos pela criança.

Desde muito cedo que a confiança entre pais e filhos é indispensável para uma relação de qualidade. Os laços reforçados e solidificados que se criam entre ambos facilitam a compreensão dos problemas e a superação das dificuldades que a criança acarreta ao longo do tempo (Barone, 2016).

Segundo Carr (2014), o tempo investido entre pais e filho pode trazer grandes benefícios e fazer toda a diferença na vida de uma criança.

Ainda na mesma linha de pensamento, Lordello (2016) foca a importância da confiança como um dos segredos na relação entre pais e filhos e como ele pode consolidar fortes laços de amizade. É muito importante que a criança se sinta à vontade para conversar

com seus pais, pois esta relação vai ser importante para a construção do seu processo educacional dentro do lar.

No que está relacionado com a avaliação realizada pelos técnicos em relação ao Período de Atenção Interativa (inclusão de outra pessoa), no item Tipos de Atividades verifica-se que a criança não conseguiu interagir em atividades que utilizam imaginação para representar papéis. Por outro lado, observou-se que aos oito anos de idade já interagiu com uma pessoa em atividades simples que incluíssem objetos e que existiu evolução comportamental nas interações em atividades físicas, nas brincadeiras simbólicas e em diversos tipos de atividades.

No que toca à avaliação realizada pelos pais em relação ao mesmo item constata-se que a criança apresentava comportamentos absolutamente adquiridos logo aos oito anos de idade, ou seja, nesta idade já interagiu em atividades físicas, em brincadeiras simbólicas, em diversos tipos de atividades e com uma pessoa em atividades que incluíssem objetos. Em atividades que utilizam imaginação para representar papéis, notou-se uma evolução comportamental ao longo destes dois anos de estudo.

De uma forma geral, no Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa) - Avaliação Técnica existiu uma maior evolução comportamental do que na Avaliação dos Pais.

Carneiro *et al.* (2011, citado por Giddens, 1984) entende que a experiência da rotina é um processo necessário para o desenvolvimento dos mecanismos psicológicos e a garantia da manutenção dos sentimentos de confiança.

Para Sofia (2015, citado por Hoff, 2006), é essencial que o progresso da criança se faça não só através da interação, ou seja, do modo como os pais interagem, como também do seu estilo comunicativo.

A conversa dos pais com os filhos é um elemento primordial para a aprendizagem da significação (Sofia, 2015).

No que corresponde à avaliação realizada pelos técnicos em relação à Flexibilidade, no item Lidando com Estímulos Sensoriais a criança não lida fácil e calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte, não tem capacidade de interagir facilmente num ambiente com grau médio de suporte e não lida fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas. No entanto, nota-se que responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte aos oito anos de idade. Verifica-se também que a criança evoluiu a

nível comportamental, mais propriamente, na ajuda e conseguindo lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes típicos e apropriados para a idade.

No que se refere à avaliação realizada pelos pais em relação ao mesmo item, verifica-se que existiu evolução comportamental quando a criança interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte. Por outro lado, a criança não conseguiu nos dois anos atingir os comportamentos pretendidos no que tem a ver com a facilidade em lidar calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte e com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas. Observa-se que a criança já responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte e também já consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes típicos e apropriados para a idade logo aos oito anos de idade.

De uma forma geral, tanto na Flexibilidade – Avaliação Técnica como na Avaliação Pais, houve igualdade na evolução comportamental.

Em suma e tendo em conta o que foi referido anteriormente, segue em baixo representado um quadro que resume toda a interpretação de resultados já transcrita, fazendo referência ao número de evoluções que foram adquiridas pela criança ao longo de todo este processo, isto é, quando estava a ser trabalhada na presença dos pais e na dos técnicos.

Quadro 30 – Dados referentes ao inventário de comportamentos adaptativos na Evolução Comportamental

<u>Dimensões</u>	<u>Evoluções Comportamentais</u>	
	Avaliação - TÉCNICOS	Avaliação - PAIS
<i>Contacto Visual e Comunicação Não Verbal</i>	9	2
<i>Comunicação Verbal</i>	3	1
<i>Período de Atenção Interativa</i>	3	1
<i>Flexibilidade</i>	1	1
TOTAL	16	5

Quadro 31 – Dados referentes ao inventário de comportamentos adaptativos no Contacto Visual e Comunicação Não Verbal

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Função do Contacto Visual</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
3- Utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objectos ou acontecimentos do seu interesse	Sim	Sim	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4- Olha para manter a atenção dos outros	Não	Não	Não	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Nem Sempre
5- Olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<u>Expressões Partilhadas</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Olha com breves episódios de expressão facial	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim
2- Sorri ou dá gargalhadas durante uma interação	Não	Não	Às vezes	Não	Não	Não	Não	Às vezes	Sim
3- Imita algumas expressões faciais simples e exageradas	Não	Não	Não	Não	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim	Sim
4- Demonstra espontaneamente uma variedade de expressões faciais	Não	Não	Não	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim	Às vezes
5- Responde adequadamente às expressões faciais dos outros	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<u>Comunicação Não Verbal</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Move os outros de forma física para conseguir o que quer	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Faz gestos simples quando solicitado	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim
3- Faz gestos simples espontaneamente	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim
4- Utiliza gestos espontâneos para enfatizar/ilustrar a comunicação verbal	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim
5- Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Contacto Visual e Comunicação Não Verbal	Avaliações - PAIS								
<u>Função do Contacto Visual</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
3- Utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objectos ou acontecimentos do seu interesse	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4- Olha para manter a atenção dos outros	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim
5- Olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<u>Expressões Partilhadas</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Olha com breves episódios de expressão facial	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Sorri ou dá gargalhadas durante uma interação	Não	Sim	Não	Não	Não	Às vezes	Sim	Sim	Sim
3- Imita algumas expressões faciais simples e exageradas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4- Demonstra espontaneamente uma variedade de expressões faciais	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes
5- Responde adequadamente às expressões faciais dos outros	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<u>Comunicação Não Verbal</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Move os outros de forma física para conseguir o que quer	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Faz gestos simples quando solicitado	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
3- Faz gestos simples espontaneamente	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes
4- Utiliza gestos espontâneos para enfatizar/ilustrar a comunicação verbal	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes
5- Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Quadro 32 – Dados referentes ao inventário de comportamentos adaptativos na Comunicação Verbal

Comunicação Verbal	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Conteúdo da Conversa</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Solicitada pelo outro	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Espontaneamente comunica o que quer e não quer	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
3- Faz comentários simples	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4- Faz / responde a perguntas simples	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5- Espontaneamente constrói frases originais	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6- Faz comentários complexos	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
7- Espontaneamente constrói frases complexas	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
8- Faz comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Nem Sempre
<u>Função da Comunicação Verbal</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Para ter as necessidades atendidas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Para iniciar ou continuar uma interação	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele
3- Para partilhar uma experiência	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Às vezes	Às vezes
4- Para partilhar histórias relevantes à conversa	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Às vezes	Interesse Dele
5- Para procurar informações pessoais de outros dentro de uma conversa	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Sim	Interesse Dele
6- Para descobrir sobre as experiências internas de outros	Não	Às vezes	Interesse Dele	Interesse Dele	Não	Não	Não	Nem Sempre	Interesse Dele
7- Para partilhar as suas experiências internas	Não	Não	Às vezes	Às vezes	Não	Não	Não	Às vezes	Não
Comunicação Verbal	Avaliações - PAIS								
<u>Conteúdo da Conversa</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Solicitada pelo outro	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Espontaneamente comunica o que quer e não quer	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
3- Faz comentários simples	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4- Faz / responde a perguntas simples	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5- Espontaneamente constrói frases originais	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6- Faz comentários complexos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
7- Espontaneamente constrói frases complexas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
8- Faz comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto	Nem Sempre	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<u>Função da Comunicação Verbal</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Para ter as necessidades atendidas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Para iniciar ou continuar uma interação	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele
3- Para partilhar uma experiência	Não	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Nem Sempre	Nem Sempre	Nem Sempre	Às vezes
4- Para partilhar histórias relevantes à conversa	Interesse Dele	Não	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele
5- Para procurar informações pessoais de outros dentro de uma conversa	Interesse Dele	Não	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele
6- Para descobrir sobre as experiências internas de outros	Interesse Dele	Não	Interesse Dele	Interesse Dele	Interesse Dele	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Interesse Dele
7- Para partilhar as suas experiências internas	Não	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Não	Não	Não	Às vezes

Quadro 33 – Dados referentes ao inventário de comportamentos adaptativos no Período de Atenção Interativa

Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa)	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Tipos de Atividades</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Interage em atividades físicas	Não	Sim	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Interage com uma pessoa em atividades simples que incluem objetos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
3- Interage em brincadeiras simbólicas	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4- Interage em atividades que utilizam imaginação para representar papéis	Não	Às vezes	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
5- Interage em diversos tipos de atividades	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Flexibilidade	Avaliações - TÉCNICOS								
<u>Lidando com Estímulos Sensoriais</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Lida fácil e calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte	Não	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Nem Sempre
3- Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte	Sim	Sim	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes
4- Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes típicos e apropriados para a idade	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5- Lida fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas	Não	Não	Nem Sempre	Nem Sempre	Nem Sempre	Nem Sempre	Nem Sempre	Nem Sempre	Nem Sempre
Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa)	Avaliações - PAIS								
<u>Tipos de Atividades</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Interage em atividades físicas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Interage com uma pessoa em atividades simples que incluem objetos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
3- Interage em brincadeiras simbólicas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4- Interage em atividades que utilizam imaginação para representar papéis	Não	Não	Sim	Às vezes	Não	Não	Às vezes	Às vezes	Sim
5- Interage em diversos tipos de atividades	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Flexibilidade	Avaliações - PAIS								
<u>Lidando com Estímulos Sensoriais</u>	1ª (8 anos)	2ª (8,5 anos)	3ª (8,11 anos)	4ª (9 anos)	5ª (9,5 anos)	6ª (9,11 anos)	7ª (10 anos)	8ª (10,5 anos)	9ª (10,11 anos)
1- Responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2- Lida fácil e calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte	Nem Sempre	Nem Sempre	Nem Sempre	Nem Sempre	Nem Sempre	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes
3- Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4- Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes típicos e apropriados para a idade	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5- Lida fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Às vezes

CONCLUSÕES

Este trabalho tem por base o problema da Síndrome de Asperger sobre o efeito que o programa específico “Son-Rise” tem neste tipo de patologias.

Como metodologia de investigação-ação utilizou-se um estudo de caso único de carácter longitudinal em que se levantou a seguinte questão de investigação (*Será que se observam diferenças nos comportamentos relacionais de sujeitos com Síndrome de Asperger, após a aplicação do Programa Son-Rise, entre Pais e Técnicos?*), que vai na linha também do objetivo delineado.

Perante isto, foi aplicado o programa acima referido tendo por base um estudo longitudinal com várias observações. Foram aplicadas filmagens à família e a técnicos e foi feita uma análise de investigadores, com acordo de investigadores de 82%, fazendo o tratamento dos resultados de acordo com a análise de conteúdo efetuado, chegando à conclusão que:

- Relativamente a todas as dimensões, a maioria dos itens e parâmetros trabalhados no programa Son-Rise foram adquiridos no espaço de tempo que deu origem à primeira observação quando efetuado com os pais. Por outro lado, a mesma situação não se verificou no trabalho com os técnicos. Tal como já se referiu anteriormente, esta situação pode ser explicada pela pessoa que aplica o programa: os pais, que têm uma relação de proximidade afetiva e de referência para a criança. Esta ideia é também confirmada pela APAV (2012) que defende que geralmente a vinculação afetiva existente entre pais e filhos é normalmente intensa, não só porque os filhos são vistos como a continuidade dos pais, a sua projeção no futuro, como também porque são marcos vivos da sua passagem pela vida. Ainda na mesma linha de pensamento Moradei e Souto (2013) afirmam que uma criança precisa de se vincular a figuras de afeto para que se desenvolva. O que as une são o carinho, os cuidados diários, a convivência e o amor construído diariamente. Nova (2014) para criar vínculo é necessário estar próximo, estar no dia-a-dia, é conviver junto, é indispensável estar perto. Criar vínculo é aprender a amar aquilo que aparentemente é difícil, impossível.

- Relativamente aos itens que a criança inicialmente não conseguiu adquirir e que no final do estudo estavam totalmente adquiridos, ou seja, onde se revela haver evolução comportamental como se comprova no *Quadro 33 – Dados referentes ao inventário de comportamentos adaptativos na Evolução Comportamental*, verifica-se que na dimensão Contacto Visual e Comunicação Não Verbal existiu na avaliação técnica 9 evoluções

comportamentais enquanto que na avaliação dos pais existiram 2. Tanto na dimensão Comunicação Verbal, como no Período de Atenção Interativa (Inclusão de outra pessoa) é de notar a presença de 3 evoluções comportamentais na evolução técnica e 1 evolução na avaliação dos pais. Por último, na dimensão da Flexibilidade é de realçar que tanto na avaliação técnica como na dos pais, tiveram apenas 1 evolução comportamental. No geral, ao longo de toda esta investigação existiram 16 evoluções comportamentais técnicas e 5 evoluções comportamentais com os pais.

Esta diferença expressiva no número de evoluções comportamentais com os técnicos do que com os pais, deve-se ao facto de existir uma maior proximidade afetiva e um nível de confiança com os pais, que perfaz que na maioria das avaliações as crianças já tenham o comportamento apreendido, não existindo assim desenvolvimento para a aquisição do mesmo. A confiança e a amizade são duas virtudes fundamentais que devem ser transmitidas aos filhos o mais rápido possível, Lynce (2015). Na mesma linha de pensamento Saúde (2016), refere que a confiança é um elemento primordial para que os pais tenham uma relação de qualidade com os seus filhos. Na verdade, a confiança mútua entre pais e filhos simplifica a perceção dos problemas e permite que tenham mais autoconhecimento. Esta relação é importante na medida em que consegue mostrar à criança que ela pode contar com os seus pais em todas as circunstâncias.

Por outro lado, em relação aos técnicos a evolução comportamental nem sempre acontece, uma vez que o nível de proximidade e confiança não é idêntico aos dos pais. No entanto, a criança acaba por obter o comportamento desejável, mas numa fase mais avançada do estudo.

- Relativamente à questão de investigação confirma-se que neste caso específico existem diferenças nos comportamentos relacionais da criança após a aplicação do programa com os pais e técnicos, verificando-se que os comportamentos são mais facilmente adquiridos quando são os pais a trabalhar com a criança do que quando são os técnicos, logo posso afirmar que a questão levantada foi pertinente e que veio ao encontro do que se observou nos resultados.

Em suma, para Faria (2015) o autismo não se cura, compreende-se. É uma patologia que faz parte deste mundo, não de um mundo à parte. Segundo Educamais (2016, citado por Press, 2015) as pessoas com autismo não têm capacidade para mentir, são incapazes de julgar e de fazer jogos mentais. Talvez possamos aprender alguma coisa com elas.

Este estudo apresenta como limitação o facto de não haver procedimentos probabilísticos na recolha dos sujeitos – sujeito recolhido por conveniência, sendo um estudo de caso

único, o que não possibilita a extrapolação dos resultados observados para a população para esta problemática. Contudo, o facto de ser um estudo de caso com investigação ação e de carácter longitudinal permite retirar algumas conclusões interessantes que apesar de não poderem ser generalizadas, dão pistas importantes para a intervenção com crianças com esta problemática, realçando o papel fundamental dos pais no processo educativo dos seus filhos.

Como futuros trabalhos e tendo em consideração os resultados observados nesta investigação, seria pertinente estudar / analisar estudos do mesmo tipo (de investigação ação longitudinal) em que se recolhessem resultados que permitissem comparar crianças trabalhadas só com técnicos e crianças trabalhadas só com pais. Outro tipo de trabalho com uma metodologia de carácter experimental ou quase experimental com amostras maiores poderia permitir uma análise mais significativa dos resultados (testagem estatística de hipóteses).

Como tal, seria relevante a possibilidade de validar e testar para a população portuguesa este programa, utilizando o centro de investigação do ISCE, na área da educação especial.

"Um sonho que sonha só é apenas um sonho que se sonha só, mas um sonho que se sonha junto é a realidade".

(Raúl Seixas, 2010,
<http://projetoautisticamentemae.blogspot.pt/2010/03/miss-ao.html>)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABCriança. (19 de novembro de 2012). Obtido de Vencer o autismo com o Programa Son-Rise: <http://www.abcrianca.com/-nee/vencer-o-autismo-com-o-programason-rise>
- ABP. (2006). Obtido de ABP: <http://www.abp.org.br/>
- Abreu, A. F. (2010). *Um outro olhar... A atitude dos professor face à inclusão dos alunos com perturbação do Espetro do Autismo*. Odivelas: ISCE.
- APA. (1994). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV*.
- APA. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V*.
- APAV. (2012). Obtido de O Luto por um Filho ou por uma Criança: <http://apav.pt/carontejoom/index.php/zoo/luto-em-adultos/o-luto-por-um-filho-ou-por-uma-crianca>
- APIFARMA. (18 de fevereiro de 2015). *Dia Nacional da Síndrome de Asperger*. Obtido de <https://www.apifarma.pt/publicacoes/factsheetsAD/Documents/Ficha%20Apifarma%20S%C3%ADndrome%20Asperger.pdf>
- APSA. (2013). *O que é a Síndrome de Asperger*. Obtido de APSA: www.apsa.org.pt
- Araújo, P. C. (23 de junho de 2009). *Síndrome de Asperger*. Obtido de <http://www.alert-online.com/pt/medical-guide/sindrome-de-asperger>
- Associação, V. A. (2016). *Modelo de Desenvolvimento Programa Son-Rise*. Obtido de <http://www.vencerautismo.org/modelo-de-desenvolvimento-programa-son-rise/>
- Attwood, T. (2010). *Tudo sobre a Síndrome de Asperger*. Lisboa: Verbo.
- Autismo, A. V. (20 de maio de 2016). *The Son Rise Program versus Floortime - comparação*. Obtido de <https://www.facebook.com/notes/vencer-autismo/the-son-rise-program-versus-floortime-compara%C3%A7%C3%A3o/1150203951697984/>
- Barone, L. (27 de junho de 2016). *A relação de confiança entre pais e filhos é construída desde cedo*. Obtido de <http://www.ledabarone.com.br/#!/A-rela%C3%A7%C3%A3o-de-confian%C3%A7a-entre-pais-e-filhos-%C3%A9-constru%C3%ADda-desde-cedo/wum2c/577128ba0cf2f8d6d10d0b20>
- Barreto, A. (2016). *POUCAS NOTAS PARA A ELABORAÇÃO DE SEU PROJETO, DISSERTAÇÃO OU TESE*. Obtido de www.uff.br/biblioteconomia/files/elabora.doc

- Barthélémy, C. (2008). *Pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo - Identificação, Compreensão, Intervenção*. Penafiel: Autism-Europe AISBL.
- Campos, C., & Mesquita, V. (2013). *O Método Son-Rise e o Ensino de crianças autistas*. Paraíba: Revista Lugares da Educação.
- Cardoso, N. (2014). *Modelo TEACCH - Intervenção em crianças com PEA - Estudo de Caso*. Viseu: Universidade Católica Portuguesa.
- Carr, R. (2014). *5 Maneiras de cultivar o relacionamento entre pai e filho*. Obtido de <https://familia.com.br/6122/filhos/5-maneiras-de-cultivar-o-relacionamento-entre-pai-e-filho>
- Castro, S. (2015). *Estudo Comparativo de Linguagem e dos Comportamentos Interativos Pais-Filhos aos 15 meses de vida*. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa.
- Cidália Araújo, E. P. (2008). *Estudo de Caso*. Minho: Instituto de Educação e Psicologia.
- Cidália Araújo, E. P. (2008). *Universidade do Minho*. Minho: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Coelho, D. T. (2014). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Porto: Areal Editores.
- Cognitiva, R. B. (abril de 2014). *A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5*. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007
- Cordeiro, S. (2014). *ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DE DADOS RECOLHIDOS NAS ROTINAS DAS CRIANÇAS NA SALA DOS QUATRO ANOS*. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa.
- Costelini, C. (2012). Obtido de A importância da família no desenvolvimento das crianças: <http://psicoterapiacomportamentalinfantil.blogspot.pt/2012/12/a-importancia-da-familia-no.html>
- Cumine, Leach e Stevenson. (2006). *O que é Síndrome de Asperger?* Obtido de <https://maisinclusao.wordpress.com/necessidades-educativas-especiais/asperger/>
- Durante, J. C. (2016). *III Simpósio Nacional Discurso, Identidade e Sociedade (III SIDIS) DILEMAS E DESAFIOS NA CONTEMPORANEIDADE*. Obtido de AUTISMO: UMA QUESTÃO DE IDENTIDADE OU DIFERENÇA?: http://www.iel.unicamp.br/sidis/anais/pdf/DURANTE_JULIANA_CAU.pdf

- Educamais. (1 de abril de 2016). *10 Frases sobre o Autismo*. Obtido de <http://educamais.com/10-frases-sobre-autismo/>
- Faggiani, R. (25 de outubro de 2010). *Terapia ABA*. Obtido de <http://www.autismo.psicologiaeciencia.com.br/terapia-aba/>
- Faria, L. (16 de abril de 2015). *19 frases inspiradoras sobre o autismo retiradas das redes sociais*. Obtido de <http://meucerebro.com/19-frases-inspiradoras-sobre-o-autismo-retiradas-das-redes-sociais/>
- Farias, G. (2 de junho de 2014). *Ensino Estruturado - O Método TEACCH*. Obtido de <http://anapaulahsj.blogspot.pt/2014/06/ensino-estruturado-o-metodo-teacch.html>
- Fernandes, C. (20 de setembro de 2007). Obtido de <http://www.carlosfernandes.prosaeverso.net/visualizar.php?id=661439>
- Fernando Ferreira, P. P. (2009). *Psicanálise e Teoria da Vinculação*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Fonseca, C. (2011). *A Inclusão de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo nas Classes Regulares*. Mangualde: ISCE.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- FPA. (2015). *O que é o Autismo*. Obtido de FPA: www.fpda.pt
- Francisco, M. (outubro de 2010). *Metodologias da Investigação na Educação*. Obtido de <https://miemf.wordpress.com/act2/>
- Francislê Neri de Souza, D. N. (2011). *Formular Questões de Investigação no Contexto do Corpus Latente na Internet*. Obtido de Internet Latente Cospus Jornal: <http://revistas.ua.pt/index.php/ilcj/article/view/1275>
- Frazão, A. (21 de outubro de 2014). Obtido de Tratamento para Síndrome de Asperger: <http://www.tuasaude.com/tratamento-para-sindrome-de-asperger/>
- Fred Volkmar, M. H. (2 de abril de 2015). *HISTÓRIA DO AUTISMO*. Obtido de <http://autismoerealidade.org/informe-se/sobre-o-autismo/historia-do-autismo/>
- Gomes, A. (2013). *Percepções/representações e auto-estima profissional dos professores do ensino básico face à aprendizagem na sala de aula dos alunos com Perturbação do Espectro do Autismo*. Odivelas: Instituto Superior de Ciências Educativas.

- Gomes, M. (2012). *Envolvimento Familiar e Autonomia na criança com Síndrome de Asperger*. Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.
- Gonçalves, J. (9 de novembro de 2008). *Blog do professor José Artur Teixeira Gonçalves "Metodologia da Pesquisa"*. Obtido de <http://metodologiadapesquisa.blogspot.pt/2008/11/formulao-do-problema.html>
- Hogan, W., & Hogan, B. K. (2009). The Son-Rise Program. Em A. T. America, *The Son-Rise Program Manual*. USA.
- ITPAC, R. C. (abril de 2014). Síndrome de Asperger: Considerações sobre o Espectro do Autismo.
- Jung, C. (2016). *Recado X*. Obtido de Frases de Carl Jung: <http://www.recadox.com.br/frases/carl-jung/1033BhJ93h1Uia.html>
- Júnior, M. (julho de 2010). A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. *Análise de Conteúdo*, p. 33.
- Lavado, J. C. (2012). *Uma Unidade de Ensino Estruturado e a sua reasposta educativa às necessidades dos alunos com perturbação do espectro do autismo*. Odivelas: ISCE.
- Lear, K. (2004). *Ajude-nos a Aprender - Manual de Treinamento em ABA*. Canada.
- Lordello, J. (18 de julho de 2016). *Qual a relação de confiança que deve existir entre pais e filhos?* Obtido de <http://www.doutorseguranca.com.br/2016/07/18/8302/>
- Lotter, V. (dezembro de 1966). *Epidemiology of autistic conditions in young children*. Obtido de <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00584048>
- Luchiari, D. H. (2016). *OBJETOS DE ESTUDO DA PSICOLOGIA*. Obtido de <http://www2.anhembib.br/html/ead01/psicologia/lu02/lo2/index.htm>
- Lynce, R. (22 de julho de 2015). *Como cresce a amizade entre pais e filhos*. Obtido de <http://irfranciscanas.org.br/como-cresce-a-amizade-entre-pais-e-filhos/>
- Mello, A. M. (2007). *Autismo - Guia Prático*. São Paulo: Corde.
- Mesquita, V., & Campos, C. (2013). *O Método Son-Rise e o Ensino de crianças Autistas*. Paraíba, Brasil: Revista Lugares de Educação.
- Miguel, C. (2 de junho de 2005). *Desvendando o Autismo*. Obtido de <https://sites.google.com/site/desvendandooautismo/aba---analise-aplicada-do-comportamento>

- Monteiro, B. (31 de janeiro de 2016). *REFLEXÃO CRÍTICA - AUTISMO & PROGRAMA SON-RISE*. Obtido de <http://docslide.com.br/documents/1-reflexao-critica-autismo-programa-son-rise.html>
- Moradei, S. (2013). *O que tem mais valor: afeto ou sangue?* Obtido de <http://moradeiesouto.jusbrasil.com.br/artigos/111683979/o-que-tem-mais-valor-afeto-ou-sangue>
- Moreira, D. A. (julho de 2001). *Etapas de uma Dissertação de Mestrado*. Obtido de http://www.fecap.br/adm_online/art23/dani3.htm
- Neves, M., & Santos, V. (1-4 de dezembro de 2010). *JOGO/ AUTISMO / SON-RISE*. Obtido de <http://congressos.cbce.org.br/index.php/3conceno/3conceno/paper/viewFile/4717/2266>
- Notícias, D. d. (24 de agosto de 2009). Obtido de <http://www.dn.pt/ciencia/saude/interior/nova-tecnica-para-tratar-sindrome-de-asperger-1343215.html>
- Nova, C. (17 de abril de 2014). *Vínculos, laços, ligações*. Obtido de <http://formacao.cancaonova.com/relacionamento/amizade/vinculos-lacos-ligacoes/>
- Oliveira, E. (2011). *A criança e o mundo do autismo*. Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.
- Paiva, J. (2012). *A Inclusão de um aluno com Perturbação do Espectro do Autismo numa escola do 3º Ciclo*. Odivelas: ISCE.
- Paviotti, V. (2013). *A relação dos Pais / Bébé e a sua importância no processo de aprendizagem e desenvolvimento da criança*. Capivari: Revista Conteúdo.
- Pereira, C. (2011). *AUTISMO E FAMÍLIA: Participação dos Pais no Tratamento e Desenvolvimento dos Filhos Autistas*. Jaguaribe: Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança.
- Pereira, C. (2011). *Relevância do ABA na Inclusão das crianças autistas: Recurso ao treino de um comportamento Pivotal Reponse Training*. Odivelas: ISCE.
- Portuguesa, D. d. (2015). <http://www.priberam.pt/>
- Ramalho, L. M. (2012). *A Expressão Dramática na Socialização de um aluno com Perturbação do Espectro do Autismo*. Odivelas: ISCE.

- Ribeiro, S. (16 de setembro de 2010). *ABA: uma intervenção comportamental eficaz em casos de autismo*. Obtido de <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/aba-uma-intervenc-o-comportamental-eficaz-em-casos-de-autismo>
- Santos, F. (2009). *A Linguagem na Síndrome de Asperger*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Santos, I., & Sousa, P. (2005). *Como Intervir na Perturbação Autista*. Obtido de O Portal dos Psicólogos: http://www.appda-norte.org.pt/docs/autismo/como_intervir_na_perturbacao_autista.pdf
- Santos, M. d. (2013). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes - Identificar, Avaliar e Intervir*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Saúde, C. (julho de 2016). *Construindo a confiança dos filhos*. Obtido de <http://saude.ccm.net/faq/3905-construindo-a-confianca-dos-filhos>
- Saúde, R. (2016). *Mais Equilíbrio*. Obtido de Convivência em Família: <http://www.maisequilibrio.com.br/bem-estar/convivencia-em-familia-7-1-6-674.html>
- Seixas, R. (30 de março de 2010). *Projeto Autisticamente Mãe*. Obtido de <http://projetoautisticamentemae.blogspot.pt/2010/03/missao.html>
- Sensu, L. (17 de fevereiro de 2012). Obtido de A síndrome de asperger no contexto da inclusão social: <http://www.webartigos.com/artigos/a-sindrome-de-asperger-no-contexto-da-inclusao-social/84437/>
- Silva, E. (setembro de 2008). *Investigação Passo a Passo*. Obtido de Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica: <http://www.apmgf.pt/ficheiros/Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Passo%20a%20Passo.pdf>
- Sofia, R. (2015). *Perspetivas dos pais sobre um projeto de prevenção do insucesso na aprendizagem da leitura em contexto Pré-escolar*. Viseu: Instituta Politécnico de Viseu.
- Sousa, M., & Baptista, C. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Souza, L. (abril de 2014). *AVALIAÇÃO DO MÉTODO SON-RISE APLICADO ÀS CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA ATENDIDAS NA SALA MUNDO AUTISTA*. Araguaína: Revista Científica do ITPAC.

- Speaks, A. (2010). *Síndrome de Asperger e Autismo de Alta Funcionalidade Kit de ferramentas do Comitê Consultivo*. Obtido de <http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/publicacoesdeficiente/manual/parasindromedeaspergerautismo.pdf>
- Teixeira, P. (2005). *Mais Inclusão*. Obtido de *Torna-te Especial*: <https://maisinclusao.wordpress.com/necessidades-educativas-especiais/asperger/>
- Teixeira, P. (2005). *Síndrome de Asperger*. Obtido de www.psicologia.com.pt: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0254.pdf>
- Teresinha Carneiro, C. H. (2011). *Um jogo interativo: a relação entre pais e filhos adultos no cotidiano familiar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Universidade Católica no Rio de Janeiro.
- Tolezani, M. (16 de setembro de 2010). *Son-Rise: uma abordagem inovadora*. Obtido de <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/son-rise-uma-abordagem-inovadora>
- Trindade, P. (31 de janeiro de 2013). Obtido de *Superando o Autismo*: <http://enfrentandooautismo.blogspot.pt/2013/01/a-importancia-do-envolvimento-da-familia.html>
- Val Cumine, J. L. (2006). *Compreender a Síndrome de Asperger - Guia prático para Educadores*. Porto: Porto Editora.
- Wikipédia. (2015). Obtido de www.wikipedia.org
- William Hogan, B. K. (2007). The Son-Rise Program. Em A. T. America, *The Son-Rise Program Manual* (pp. 54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67). USA.
- Williams, K. (1995). *AUTISMO – SÍNDROME DE ASPERGER*. Obtido de *Entendendo estudantes com a Síndrome de Asperger - Guia para professores*: <http://pt.slideshare.net/caminhosdoautismo/sindrome-de-asperger-guia-para-professores>

ANEXOS

ANEXO A: Inventário de Comportamentos Adaptativos

**Inventário de Comportamentos Adaptativos (relacionais e comunicativos)
baseado nas diretrizes do Programa Son-Rise em sujeitos com Síndrome de
Asperger (Adaptado do The Son-Rise Program, Hogan, 2007)**

DADOS BIOGRÁFICOS

Género: F ☐ M ☐

Idade: _____ anos

Programa aplicado por quem: Pai ☐ Mãe ☐ Voluntário 1 ☐ Voluntário 2 ☐

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal			
<u>Função do Contacto Visual</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação			
Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas			
Utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objetos ou acontecimentos do seu interesse			
Olha para manter a atenção dos outros			
Olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa			
<u>Expressões Partilhadas</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Olha com breves episódios de expressão facial			
Sorri ou dá gargalhadas durante uma interação			
Imita algumas expressões faciais simples e exageradas			
Demonstra espontaneamente uma variedade de expressões faciais			
Responde adequadamente às expressões faciais dos outros			
<u>Comunicação Não Verbal</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Move os outros de forma física para conseguir o que quer			
Faz gestos simples quando solicitado			
Faz gestos simples espontaneamente			

Utiliza gestos espontâneos para enfatizar/ilustrar a comunicação verbal			
Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos			
Comunicação Verbal			
<u>Conteúdo da Conversa</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Solicitada pelo outro			
Espontaneamente comunica o que quer e não quer			
Faz comentários simples			
Faz / responde a perguntas simples			
Espontaneamente constrói frases originais			
Faz comentários complexos			
Espontaneamente constrói frases complexas			
Faz comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto			
<u>Função da Comunicação Verbal</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Para ter as necessidades atendidas			
Para iniciar ou continuar uma interação			
Para partilhar uma experiência			
Para partilhar histórias relevantes à conversa			
Para procurar informações pessoais de outros dentro de uma conversa			
Para descobrir sobre as experiências internas de outros			
Para partilhar as suas experiências internas			
Período de Atenção Interativa (inclusão de outra pessoa)			
<u>Tipos de Atividades</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Interage em atividades físicas			
Interage com uma pessoa em atividades simples que incluem objetos			
Interage em brincadeiras simbólicas			

Interage em atividades que utilizam imaginação para representar papéis			
Interage em diversos tipos de atividades			
Flexibilidade			
<u>Lidando com Estímulos Sensoriais</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte			
Lida fácil e calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte			
Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte			
Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes típicos e apropriados para a idade			
Lida fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas			

ANEXO B: Preenchimento do Inventário de Comportamentos Adaptativos aplicado pelo Voluntário 1 - Início dos 8 anos

Inventário de Comportamentos Adaptativos (relacionais e comunicativos)
baseado nas diretrizes do Programa Son-Rise em sujeitos com Síndrome
de Asperger (Adaptado do The Son-Rise Program, Hogan, 2007)

DADOS BIOGRÁFICOS

Género: F ☐ M ☒

Idade: Três anos 8 anos

Programa aplicado por quem: Pai ☐ Mãe ☐ Voluntário 1 ☒ Voluntário 2 ☐

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal			
<u>Função do Contacto Visual</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação			ÀS VEZES
Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas			ÀS VEZES
Utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objetos ou acontecimentos do seu interesse	X		
Olha para manter a atenção dos outros		X	
Olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa	X		
<u>Expressões Partilhadas</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Olha com breves episódios de expressão facial		X	
Sorri ou dá gargalhadas durante uma interação		X	
Imita algumas expressões faciais simples e exageradas		X	
Demonstra espontaneamente uma variedade de expressões faciais		X	
Responde adequadamente às expressões faciais dos outros	X		
<u>Comunicação Não Verbal</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Move os outros de forma física para conseguir o que quer	X		
Faz gestos simples quando solicitado			ÀS VEZES
Faz gestos simples espontaneamente		X	
Utiliza gestos espontâneos para enfatizar/ilustrar a comunicação verbal		X	
Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos		X	
Comunicação Verbal			
<u>Conteúdo da Conversa</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Solicitada pelo outro	X		
Espontaneamente comunica o que quer e não quer	X		
Faz comentários simples	X		

Faz / responde a perguntas simples	X		
Espontaneamente constrói frases originais		X	
Faz comentários complexos		X	
Espontaneamente constrói frases complexas		X	
Faz comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto	X		
<u>Função da Comunicação Verbal</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Para ter as necessidades atendidas	X		
Para iniciar ou continuar uma interação	X		INTERESSE DELE
Para partilhar uma experiência		X	
Para partilhar histórias relevantes à conversa		X	
Para procurar informações pessoais de outros dentro de uma conversa	X		INTERESSE DELE
Para descobrir sobre as experiências internas de outros		X	
Para partilhar as suas experiências internas		X	
Período de Atenção Interativa (inclusão de outra pessoa)			
<u>Tipos de Atividades</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Interage em atividades físicas		X	
Interage com uma pessoa em atividades simples que incluem objetos	X		
Interage em brincadeiras simbólicas			ÀS VEZES
Interage em atividades que utilizam imaginação para representar papéis		X	
Interage em diversos tipos de atividades		X	
Flexibilidade			
<u>Lidando com Estímulos Sensoriais</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte	X		
Lida fácil e calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte		X	
Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte	X		
Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes típicos e apropriados para a idade			ÀS VEZES
Lida fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas		X	

ANEXO C: Preenchimento do Inventário de Comportamentos Adaptativos aplicado pelo Voluntário 1 - Final dos 10 anos

Inventário de Comportamentos Adaptativos (relacionais e comunicativos)
baseado nas diretrizes do Programa Son-Rise em sujeitos com Síndrome
de Asperger (Adaptado do The Son-Rise Program, Hogan, 2007)

DADOS BIOGRÁFICOS

Género: F ☐ M ☒

Idade: Final dos 10 anos

Programa aplicado por quem: Pai ☐ Mãe ☐ Voluntário 1 ☒ Voluntário 2 ☐

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal

<u>Função do Contacto Visual</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação	X		
Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas	X		
Utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objetos ou acontecimentos do seu interesse	X		
Olha para manter a atenção dos outros			Às vezes
Olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa	X		
<u>Expressões Partilhadas</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Olha com breves episódios de expressão facial			Às vezes
Sorri ou dá gargalhadas durante uma interação	X		
Imita algumas expressões faciais simples e exageradas	X		
Demonstra espontaneamente uma variedade de expressões faciais	X		
Responde adequadamente às expressões faciais dos outros	X		
<u>Comunicação Não Verbal</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Move os outros de forma física para conseguir o que quer	X		
Faz gestos simples quando solicitado	X		
Faz gestos simples espontaneamente	X		
Utiliza gestos espontâneos para enfatizar/ilustrar a comunicação verbal			Às vezes
Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos	X		
Comunicação Verbal			
<u>Conteúdo da Conversa</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Solicitada pelo outro	X		
Espontaneamente comunica o que quer e não quer	X		
Faz comentários simples	X		

Faz / responde a perguntas simples	X		
Espontaneamente constrói frases originais	X		
Faz comentários complexos	X		
Espontaneamente constrói frases complexas	X		
Faz comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto	X		
<u>Função da Comunicação Verbal</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Para ter as necessidades atendidas	X		
Para iniciar ou continuar uma interação	X		INTERESSE DELE
Para partilhar uma experiência			ÀS VEZES
Para partilhar histórias relevantes à conversa			ÀS VEZES (INTERESSE DELE)
Para procurar informações pessoais de outros dentro de uma conversa	X		INTERESSE DELE
Para descobrir sobre as experiências internas de outros			NUNCA SEMPRE
Para partilhar as suas experiências internas			ÀS VEZES
Período de Atenção Interativa (inclusão de outra pessoa)			
<u>Tipos de Atividades</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Interage em atividades físicas	X		
Interage com uma pessoa em atividades simples que incluem objetos	X		
Interage em brincadeiras simbólicas	X		
Interage em atividades que utilizam imaginação para representar papéis		X	
Interage em diversos tipos de atividades	X		
Flexibilidade			
<u>Lidando com Estímulos Sensoriais</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte	X		
Lida fácil e calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte			ÀS VEZES
Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte			ÀS VEZES
Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes típicos e apropriados para a idade	X		
Lida fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas			NUNCA SEMPRE

ANEXO D: Preenchimento do Inventário de Comportamentos Adaptativos aplicado pela Mãe - Início dos 8 anos

Inventário de Comportamentos Adaptativos (relacionais e comunicativos)
baseado nas diretrizes do Programa Son-Rise em sujeitos com Síndrome
de Asperger (Adaptado do The Son-Rise Program, Hogan, 2007)

DADOS BIOGRÁFICOS

Género: F ☐ M ☒

Idade: Início dos 8 anos

Programa aplicado por quem: Pai ☐ Mãe ☒ Voluntário 1 ☐ Voluntário 2 ☐

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal			
Função do Contacto Visual	SIM	NÃO	OBSERV.
Olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação	X		
Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas	X		
Utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objetos ou acontecimentos do seu interesse	X		
Olha para manter a atenção dos outros			ÀS VÉZES
Olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa	X		
Expressões Partilhadas	SIM	NÃO	OBSERV.
Olha com breves episódios de expressão facial	X		
Sorri ou dá gargalhadas durante uma interação		X	
Imita algumas expressões faciais simples e exageradas	X		
Demonstra espontaneamente uma variedade de expressões faciais			ÀS VÉZES
Responde adequadamente às expressões faciais dos outros	X		
Comunicação Não Verbal	SIM	NÃO	OBSERV.
Move os outros de forma física para conseguir o que quer	X		
Faz gestos simples quando solicitado	X		
Faz gestos simples espontaneamente			ÀS VÉZES
Utiliza gestos espontâneos para enfatizar/ilustrar a comunicação verbal			ÀS VÉZES
Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos	X		
Comunicação Verbal			
Conteúdo da Conversa	SIM	NÃO	OBSERV.
Solicitada pelo outro	X		
Esponaneamente comunica o que quer e não quer	X		
Faz comentários simples	X		

Faz / responde a perguntas simples	X		
Esponaneamente constrói frases originais	X		
Faz comentários complexos	X		
Esponaneamente constrói frases complexas	X		
Faz comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto			NEN SEMPRE
<u>Função da Comunicação Verbal</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Para ter as necessidades atendidas	X		
Para iniciar ou continuar uma interação	X		INTERESSE DELE
Para partilhar uma experiência		X	
Para partilhar histórias relevantes à conversa	X		INTERESSE DELE
Para procurar informações pessoais de outros dentro de uma conversa	X		INTERESSE DELE
Para descobrir sobre as experiências internas de outros	X		INTERESSE DELE
Para partilhar as suas experiências internas		X	
Período de Atenção Interativa (inclusão de outra pessoa)			
<u>Tipos de Atividades</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Interage em atividades físicas	X		
Interage com uma pessoa em atividades simples que incluem objetos	X		
Interage em brincadeiras simbólicas	X		
Interage em atividades que utilizam imaginação para representar papéis		X	
Interage em diversos tipos de atividades	X		
Flexibilidade			
<u>Lidando com Estímulos Sensoriais</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte	X		
Lida fácil e calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte			NEN SEMPRE
Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte			ÀS VEZES
Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes típicos e apropriados para a idade	X		
Lida fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas			ÀS VEZES

ANEXO E: Preenchimento do Inventário de Comportamentos Adaptativos aplicado pela Mãe - Final dos 10 anos

Inventário de Comportamentos Adaptativos (relacionais e comunicativos)
baseado nas diretrizes do Programa Son-Rise em sujeitos com Síndrome
de Asperger (Adaptado do The Son-Rise Program, Hogan, 2007)

DADOS BIOGRÁFICOS

Género: F ☐ M ☒

Idade: Final dos 10 anos

Programa aplicado por quem: Pai ☐ Mãe ☒ Voluntário 1 ☐ Voluntário 2 ☐

Contacto Visual e Comunicação Não Verbal			
Função do Contacto Visual	SIM	NÃO	OBSERV.
Olha para os outros para iniciar ou continuar uma ação	X		
Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas	X		
Utiliza o contacto visual para chamar a atenção para objetos ou acontecimentos do seu interesse	X		
Olha para manter a atenção dos outros	X		
Olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa	X		
Expressões Partilhadas	SIM	NÃO	OBSERV.
Olha com breves episódios de expressão facial	X		
Sorri ou dá gargalhadas durante uma interação	X		
Imita algumas expressões faciais simples e exageradas	X		
Demonstra espontaneamente uma variedade de expressões faciais			A1 VERES
Responde adequadamente às expressões faciais dos outros	X		
Comunicação Não Verbal	SIM	NÃO	OBSERV.
Move os outros de forma física para conseguir o que quer	X		
Faz gestos simples quando solicitado	X		
Faz gestos simples espontaneamente			A1 VERES
Utiliza gestos espontâneos para enfatizar/ilustrar a comunicação verbal			A5 VERES
Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos	X		
Comunicação Verbal			
Conteúdo da Conversa	SIM	NÃO	OBSERV.
Solicitada pelo outro	X		
Esponaneamente comunica o que quer e não quer	X		
Faz comentários simples	X		

Faz / responde a perguntas simples	X		
Esponaneamente constrói frases originais	X		
Faz comentários complexos	X		
Esponaneamente constrói frases complexas	X		
Faz comentários e perguntas refletidas relacionadas com o contexto	X		
<u>Função da Comunicação Verbal</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Para ter as necessidades atendidas	X		
Para iniciar ou continuar uma interação	X		INTERESSE DELE
Para partilhar uma experiência			ÀS VEZES
Para partilhar histórias relevantes à conversa	X		INTERESSE DELE
Para procurar informações pessoais de outros dentro de uma conversa	X		INTERESSE DELE
Para descobrir sobre as experiências internas de outros	X		INTERESSE DELE
Para partilhar as suas experiências internas			ÀS VEZES
Período de Atenção Interativa (inclusão de outra pessoa)			
<u>Tipos de Atividades</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Interage em atividades físicas	X		
Interage com uma pessoa em atividades simples que incluem objetos	X		
Interage em brincadeiras simbólicas	X		
Interage em atividades que utilizam imaginação para representar papéis	X		
Interage em diversos tipos de atividades	X		
Flexibilidade			
<u>Lidando com Estímulos Sensoriais</u>	SIM	NÃO	OBSERV.
Responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte	X		
Lida fácil e calmamente com limites impostos dentro de um ambiente com alto grau de suporte			ÀS VEZES
Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte	X		
Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais em ambientes típicos e apropriados para a idade	X		
Lida fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas			ÀS VEZES

APÊNDICES

APÊNDICE A: Autorização do(s) Encarregado(s) de Educação



Instituto Superior de Ciências Educativas – ISCE

Rua Bento de Jesus Caraça, 12 – Serra da Amoreira

2620-379 Ramada

Exmo(a) Sr(a) Encarregado(a) da Educação

Eu, Paulo Filipe dos Anjos Duarte, aluno do 2º Ano de Mestrado em Educação Especial no Domínio Cognitivo e Motor do Instituto Superior de Ciências Educativas de Odivelas, venho por este meio solicitar a Vossas Excelências, autorização para a realização de uma investigação referente à tese de Mestrado sobre o Programa Son-Rise na Intervenção com a Síndrome de Asperger, através da observação do vosso educando no referido programa, bem como na cedência de filmagens para posterior recolha de dados.

É de realçar que em momento algum será divulgada a Vossa identidade e a do aluno.

Caso seja concedida a autorização do Vosso educando nesta investigação, solicita-se o preenchimento dos referidos dados e respetiva devolução deste documento devidamente assinado e datado.

Antecipadamente grato.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

Paulo Filipe dos Anjos Duarte

Data: ____ / ____ / ____

Eu, _____,

pai do aluno _____,

autorizo que o meu educando participe na investigação supracitada.

Eu, _____,

mãe do aluno _____,

autorizo que o meu educando participe na investigação supracitada.

Paulo Duarte

APÊNDICE B: Grelha de Comportamentos Adaptativos

Grelha de Comportamentos Adaptativos (relacionais e comunicativos)

Nº de Sessão: _____

Tarefa / Atividade:

Objetivo da Sessão:

Registos dos comportamentos:

Avaliação da Sessão: